

SERVİKOJENİK BAŞ AĞRISI

Levent E. Inan*, Harika Mihoğlu**

Servikojenik baş ağrısı temel olarak unilateral bir baş ağrısıdır. Boyundan başlayıp orbitaya kadar yayılabilir. Başlangıçta epizodik, daha sonra dalgalanma gösteren kronik bir hal alabilir. Boyuna lokalizasyonu gösteren semptom ve bulgular zorunludur. Bunlar boyun hareketlerinin genişliğinde daralma, atağın C2, C3 ve büyük oksipital sinirin mekanik presipitasyonu ya da boyun hareketi ile başlaması, omuz ve kolda nonradikuler ağrı ve parestezi bulunmasıdır. Bulantı, fotofobi/fonofobi, zonklayıcı karakter, başdönmesi, bulanık görme ve yutma zorluğu gibi özellikler olabilir ama baskın değildir. Kesin tanı için 0.5-1 cc %1-2'lik lidokain ile büyük oksipital sinir ve/veya C2 sinirinin ağrıyan tarafta blokajı ile ağrının geçici süre ortadan kalkması şarttır. Yurt içi ve yurt dışında servikojenik baş ağrısı yıllardan beri tartışılmaktadır. Bu tartışma ortamı O. Sjaastad tarafından başlatılmıştır. İlk önce 1983 yılında servikojenik baş ağrısı terimini kullanmış, izleyen yıllarda olguları, kliniği, etiyojisi, patofizyolojisi, tanımı, ayırıcı tanısı ve tedavi yöntemleri ile ilgili yayınlar izlemiştir. Teşhis kriterleri 1990 yılında yayınlanmıştır. Bu yazıda servikojenik baş ağrısını bütün yönleriyle ortaya koyarak bilgilendirmek amacındayız.

Anabtar Kelimeler : Baş ağrısı Sınıflaması, Servikojenik Baş ağrısı

Cervicogenic Headache

Cervicogenic headache has always unilateral localization without side shift. Beginning from the neck it may spread to the orbita. Initially episodic character may change to undulating pattern. There are decrease of range of motions on neck movements, same side localization non-radicular pain and paresthesia in shoulder and arm and can be provoked by compression on C2, C3 or GON (Great Occipital Nerve) level. For definite diagnosis local anesthetic blockades of great occipital nerve and/or C2 nerve at the involved side is mandatory using 0.5-1cc of 1-2% lidocaine. Cervicogenic headache has been discussed for years. This situation started in 1983 by O. Sjaastad using 'Cervicogenic headache' terminology. During following years papers about clinical cases, etiology, pathophysiology, diagnosis, differential diagnosis and treatment have reached to a great numbers. Diagnostic criteria were published in 1990 by O. Sjaastad et al. At this paper we aimed to give a detailed information about cervicogenic headache.

Key Words : Classification of Headaches, Cervicogenic Headache.

Boyundan kaynaklanan baş ağrıları tanımlama çabaları yeni değildir. Bu konuda sporadik olgu sunumları hatta aynı klinik tabloların farklı isimlerle yayınlanması süre gelmiştir. Barré ve Lieou'nun "Syndrome' sympathique cervicale posterior"u, Börtschi-Rochaix'in "Migren cervicale"si gibi (7). Barré baş ağrısını boyun bölgesinde vertebral arter etrafındaki sempatik liflere bağladı. Bu konuda yeterince kanıt henüz bulunamamıştır. Börtschi-Rochaix'in tanımlamasında migren isimlendirmesini kul-

lanması da bir şanssızlık olmuştur çünkü etiyojileri farklı baş ağrılarıdır. 1983 yılında Sjaastad ve arkadaşlarınınca "Servikojenik baş ağrısı" terimi kullanılmıştır (16). Daha sonraki yıllarda bu konuda çalışmalar yayınlanmış, 1987 yılında Trondheim grubu tarafından servikojenik baş ağrısının klinik tablosu detaylı şekilde tanımlanmıştır (7).

1988 yılında toplanan Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) tarafından yayınlanan klasifikasyonda boyundan kaynaklanan baş ağrısının tanımlaması şöyle yapılmıştır (8) (Tablo-1). Bu tanı için temel özellik; baş ağrısının bir ay

* Doç. Dr.

** Uzm. Dr.

S.B. Ankara Hastanesi Nöroloji Kliniği, Ankara

TABLO-1 : Boyundan kaynaklanan başağrıları.

(IHS KRİTERİ)

A. Ağrı boyun ve oksipital bölgeye lokalizedir; alın, orbital bölge, şakaklar, kulak ve vertekse yansıyabilir.

B. Belirli boyun hareketleri ya da devamlı boyun postürü ile ağrı oluşturulabilir veya şiddetlendirilir.

C. Aşağıdakilerin en az biri mevcuttur.

1. Pasif boyun hareketlerinde kısıtlılık yada direnç.

2. Boyun kaslarının şekil doku, tonus veya aktif yada pasif germe ve kontraksiyona yatkınlığında değişiklikler.

3. Boyun kaslarının anormal hassasiyeti.

D. Radyolojik çalışmalarda aşağıdakilerden en az biri ortaya konmuştur.

1. Fleksiyon veya ekstansiyonda hareket bozukluğu.

2. Anormal postür.

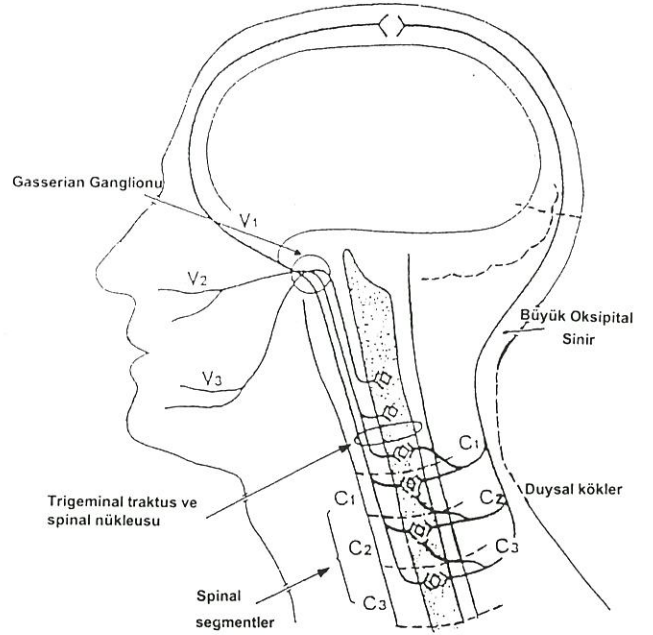
3. Kırıklar, konjenital anormallikler, kemik tümörleri, romatoid artrit veya diğer belirli patolojiler (spondiloz veya osteokondroz haricinde).

içerisinde yeterli ve uygun tedavi ile kaybolacağı veya spontan remisyona gireceğidir. Bu ağrının bir aydan fazla sürmesi durumunda bu grup içerisinde tanımlanamayacağı ve 13. grupta sınıflandırılmayan başağrısı grubuna gireceği belirtilmiştir.

Servikojenik başağrısı IHS'nin tanımlanamaz gruba aldığı, sınıflandıramadığı bir gruba aydınlık getirmektedir. Yukarıda aktarılan 1 aylık sürede boyundan kaynaklanan başağrılarının tümünü kapsayamayacak kadar kısır kalmaktadır. Radyolojik bulguların geçersizliği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle boyundan kaynaklanan başağrıların tanımlamasında IHS kriteri yeterli değildir.

Servikojenik başağrısı temel olarak unilateral bir başağrısıdır. Başlangıçta epizodik, daha sonra dalgalanma gösteren kronik bir hal alabilir. Boyun lokalizasyonu gösteren semptom ve bulgular zorunludur. Bunlar boyun hareketlerinin genişliğinde daralma, atağın mekanik presipitasyonla ya da boyun hareketi ile başlaması temel özellikleridir. Bulantı, fotofobi/fonofobi, zonklayıcı karakter, başdönmesi, bulanık görme ve yutma zorluğu gibi özellikler olabilir ama baskın değildir (Tablo-2) (17).

Tanı için 0.5-1 cc %1-2 lik lidocain ile büyük oksipital sinir (GON) ve/veya C2 sinirinin ağrıyan tarafta blokajı ile



Şekil 1: Serviko-trigeminal yollar.

ağrının geçici süre ortadan kalkması şarttır. 1990 yılında yayınlanan kriterden sonra 1995 yılında yapılan Uluslararası Servikojenik Başağrısı Çalışma Grubu tarafından düzenlenen son tanı kriterinde kesin gerekliliği kararlaştırılmıştır (10,17).

Servikojenik başağrısı, bir başağrısı formudur ve diğer başağrılarından klinik olarak ayırt edilmesi zor değildir. Bir hastalık yada antite değildir. Bir reaksiyon paternidir. Ağrı epizodlarının orijini boyun veya kafa arkasında yer alan sinir, ganglion, sinir kökü, unkovertebral eklem, disk, kemik, periost, kas, ligament veya venöz pakeler gibi yapılar olabilir. Ayrıca, servikojenik başağrısı üst servikal değil orta ve alt servikalden de kaynaklanabilir. Sonuç olarak boyunda yer alan ve ağrı oluşturabilecek yapıların son ortak yolu olarak görülebilir.

PATOFİZYOLOJİ

Beyin sapında C1-C2'den gelen sinirler ile trigeminal nükleusun yakın ilişkisi yıllardır bilinmektedir (Kerr prensipi) (12). Servikojenik başağrısının nöroanatomik temelini; beyin sapında ilk 3 servikal sinir ve trigeminal sinirin nosiseptif afferentlerinin aynı nükleusa, nucleus proprius'a girmeleri oluşturmaktadır (Şekil 1). Kerr yaptığı çalışmalarda spinal trigeminal nükleusun önemli olduğunu vurgulamış ve trigeminal sinirden gelen fibriller ile üst servikal seviyeden gelenlerin aynı üniteler üzerinde toplandığını göstermiştir. Bu teorinin klinik kanıtı da büyük oksipital sinir blokajı ile trigeminal sahada hissedilen

TABLO-2 : Servikojenik başağrısı için ana diyagnostik kriter (1990 Sjaastad et al)

MAJOR SEMPTOMLAR VE BULGULAR

Unilateral başağrısı (Her zaman aynı taraf)

Boynun iştiraki olduğunu gösteren semptom ve bulgular

Ağrı aynı taraflı üst boyun bölgesine mekanik olarak bastırmakla veya ters bir boyun hareketiyle başlatılabilir.

Servikal vertebralarda hareket genişliğinin daralması

Ağrı karakterleri

Kümeleşmemiş, çeşitli sürelerde ağrı epizodları vardır. (Veya şiddeti değişici devamlı ağrı)

Boyunda başlayıp öne yayılan orta şiddette zonklayıcı karakterde olmayan başağrısı.

Diğer önemli kriterler

Nervus oksipitalis major ve C2 sinir kökü blokajı ile semptomatik tarafta ağrı geçici süre kaybolur. (1995'te tanı için kesin gerekliliği kabul edildi.)

Bayan cinsiyet sıklığı.

Baş ve/veya boyun travması hikayesi vardır.

NOT: Unilateralite ve boyun iştirakinin semptom ve bulguları kesin gereklidir. Diğer kriterler kesinlikle gereklidir ama en az 1-2 tanesinin olması istenir.

ağrının ortadan kalkmasıdır. Büyük oksipital sinir C2'nin dorsal köklerinden çıkan fibrillerden oluşmuştur. C2'den ayrıldıktan sonra ense kaslarının içinden geçmekte ve kaslara penetre olurken özellikle de sinirin distal bölümünün basıya uğraması servikojenik başağrısı oluşturmaktadır. C1-C3 köklerinden innerve olan yapılar da servikojenik başağrısına yol açabilir.

EPİDEMİYOLOJİ

Servikojenik Başağrısı prevalansı Oporto'da Pereira Monteiro tarafından yapılan çalışmada %4.6 dolayında bulunmuştur (14). Sjaastad tarafından migren ve gerilim başağrısından sonra 3. sıklıkta olduğu belirtilmektedir. Kendisi tarafından yürütülen bir saha çalışması da devam etmektedir. Diğer ülkelerden gelen prevalans çalışması sonuçları %5 ile %10 arasında dağılmaktadır (10). S.B. Ankara Hastanesi Başağrısı Polikliniği'nde muayene edilen hastaların içerisindeki oranı %3.27'dir, bu oran sıklık açısından 4. sırada gelmektedir (13).

AYIRICI TANI

Servikojenik başağrısının önemli özelliklerinden birisi her zaman aynı tarafta olması ve taraf değiştirmemesidir. Buna karşın auralı migrenlilerin tümü, aurasız migrenlilerin ise yaklaşık olarak tümünde taraf değiştirme önemli bir olgudur (18,19,20). Her zaman aynı taraftan gelen servikojenik başağrısı boyundan ve başın posterior alanlarından başlar ve öne doğru yayılır. Bu da genellikle başın anterior bölgelerinden başlayan migrenden ayrılmasına yardımcı olur (19,20).

Gerilim başağrısının temel özelliği bilateral olmasıdır. Bu nedenle ayırıcı tanıda karıştırılması zordur.

Taraf değiştirmeyen, uzun süreli otonomik semptomların da eşlik edebildiği tek taraflı başağrısı; hemikrani kontinua'nın da ayırıcı tanıda düşünülmesi gereklidir. Hemikrani kontinua'da ağrı okulo-fronto-temporal bölgeden başlar ve burada yoğunlaşır. Oysa servikojenik başağrısında ağrı boyundan başlayarak öne doğru yayılır. Indometasin'e yanıt vermesi, hemikrania kontunia tanısı için değerli iken, servikojenik başağrılı hastalar pasif boyun hareketlerinde kısıtlılık kol ağrısı veya boyun travması öyküsü ile hemikrania ve diğer ağrılardan ayrılır(21).

Servikojenik başağrısını diğer başağrılardan ayıran en önemli kanıt anestezik blokajdır. Servikojenik başağrısı olan hastalara GON, C2 siniri ya da az bir bölümünde C3 siniri veya C2/C3 faset eklemine enjeksiyon ile yapılan lokal anestezi sonrasında, tipik olarak ağrılar 20 dakika içerisinde %50'den fazla düzelme gösterir. Bu düzelme sadece anestezi yapılan sahada değil trigeminal sahada olan ağrı da olmaktadır (3,6).

Aynı tip blokajlar migren ve gerilim grubuna uygulandığında sadece lokal anestezi sahasında ağrıyı etkileyebilmiştir. Bu da servikojenik başağrısının diğer iki başağrısından farklı bir fizyopatolojisi olduğunu göstermektedir (6,15).

Oksipital neuralgia'dan ayırıcı tanısına bakıldığında; anlamsal olarak oksipital neuralgia terimi trigeminal neuralgia ile karşılaştırılabilir. Buna göre oksipital neuralgia büyük küçük ve üçüncü oksipital siniri içermelidir. Ağrı, etkilenmiş sinirin yayıldığı alana lokalizedir. Servikojenik başağrısında olduğu gibi büyük oksipital sinirin yayıldığı alan dışında örneğin frontal alanda hissedilmez (7). İkinci olarak neuralgia'nın karakteristiği oldukça kısa süreli, batıcı ve şiddetli ağrılardır. Bu servikojenik başağrısı karakterlerinden farklıdır. Servikojenik başağrısı uzun süreli, bazen devamlı ve orta şiddette bir ağrıdır. Üçüncü olarak oksipital neuralgia bizzat sinirin bozukluğuna işaret eder.

Servikojenik başağrısında ise patolojinin nerede olduğu bilinmemektedir. Muhtemelen multifaktoriyel me-

kenizmaların yeri vardır. Ama şu da bir gerçektir ki oldukça farklı olgular oksipital neuralgia ismi altında yayınlanmaktadır. Bu olgulardan bir kısmı servikojenik baş ağrısına daha çok uymaktadır.

TEDAVİ

Hafif olgularda parasetamol gibi zayıf analjeziklerin yeri olabilir. Morfin (10mg) enjeksiyonlarının sınırda etkisi olmuştur (Ağrının %50'den fazla azalması 11 hastanın sadece ikisinde gözlenmiştir) (4).

Antimigren ilaçlarına anlamlı bir cevap vermezler, bu nedenle tedavide antimigren ilaçlarının yeri yoktur (4). Indometasin'e cevabı da anlamlı değildir (21). NSAID'lere cevabı başlangıç olguları dışında yoktur.

Fizyoterapi denenmelidir. Bu tedavi yönteminin hafif veya orta derecede etkisi bazı vakalarda gözlenmiştir. Fizyoterapinin boyun hareket genişliğinin artmasında ve eşlik eden myosis'in çözülmesinde faydası vardır. Hafif olguların tedavisinde fizyoterapinin yeri olsa da ilerlemiş olgularda yetersizdir. Ayrıca fizyoterapinin etkisi zamanla sınırlıdır.

Büyük oksipital sinirin uzun etkili kortikosteroidler ve lokal anestetik madde ile blokajı sonucunda ortalama 1 aylık iyilik sağlanmaktadır (9). Kortikosteroidlerle lokal anestetiklerin tekrarlayıcı enjeksiyonları belli derecede nörektomiye eşdeğerdir.

TENS tedavisi ile ağrı şiddet ve sıklığında kontrol grubuna göre anlamlı düşüş tespit edilmiştir (23).

Invasiv yöntemlere bakıldığında bunlar sırasıyla 'liberasyon ameliyatları', 'nöroktemiler', 'stabilizasyon ameliyatları' ve 'radiofrequency' yöntemleridir (5,11). Radiofrequency ile Blume tekniğinde koterizasyon, kök koterizasyonları ve blokajları faydalı olarak rapor edilmiştir (1,2, 22).

SONUÇ

Servikojenik baş ağrısı hastalık değil bir sendromdur. Klinik tablosu tanımlanmış ve diagnostik kriteri oluşturulmuştur. Servikojenik baş ağrısı 'International Association For The Study of Pain' (IASP) tarafından farklı bir bozukluk olarak kabul edilmiştir. Teşhis amacıyla yapılan blokajlar anahtar rolü oynadığından, bu blokajların sonuçları doğru olarak yorumlanmalıdır.

REFERANSLAR

1- Blume H, Kakolewski R, Richardson R. Radiofrequency denaturation in occipital pain. Results in 450 cases. Appl Neurophysiol 1982; 45:543-548.

- 2- Blume H, Ataç M, Golnick J. Neurosurgical treatment of persistent occipital myalgia-neuralgia syndrome. In Pfaffenrath V, Lundberg P, Sjaastad O. Up dating in headache. Berlin: Springer-Verlag, 1985;24-34.
- 3- Bovim G, Sand T. Cervicogenic headache, migraine without aura and tension-type headache. Diagnostic blockade of greater occipital and supra-orbital nerves. Pain, 51: 43-48, 1992.
- 4- Bovim G, Sjaastad O. Cervicogenic headache: Responses to nitroglycerin, oxygen, ergotamine, and morphine. Headache 1993; 33: 249-52.
- 5- Bovim G, Fredriksen TA, Stolt Nielsen A, Sjaastad O. Neurolysis of the greater occipital nerve in cervicogenic headache. A follow up study. Headache 1992; 32: 175-9.
- 6- Bovim G, Berg R, Dale LG. Cervicogenic headache: Anesthetic blockades of cervical nerves (C2-C5) and facet joint (C2/C3). Pain, 49: 315-320, 1992.
- 7- Cervicogenic headache: Studies on clinical, anatomical and differential diagnostic factors. Gunnar Bovim, TAPIR, Trondheim, 1993.
- 8- Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia-1988; 8(supl 7):1-96.
- 9- İnan LE, Mihoğlu H, Saraçoğlu M, et al. Great occipital nerve (GON) blockade in cervicogenic headache patients. Abstract book of 3rd European Headache Conference; Sardinia, Italy, 1996, pg 53a.
- 10- International Cervicogenic Headache Study Group Meeting , Trondheim 1995. (Basılma aşamasında)
- 11- Jansen J, Markakis E, Rama B, Hildebrandt J. Hemispheric attacks or permanent hemispheric sequel of upper cervical root compression. Cephalalgia-1989; 9: 123-30
- 12- Kerr FWL, Olafson RA. Trigeminal and cervical volley. Convergence on single units in the spinal gray at C1 and C2. Arch Neurol-1961; 5: 69-76.
- 13- Mihoğlu H, İnan L.E, Uysal H, Ulubay H. Baş ağrısı Polikliniği Gerekliliği ve Tanı Çeşitliliği: Nöroloji Bülteni-1995;2: 82-85
- 14- Pereira Monteiro JM, Barros J, Correia AP, et al. Prevalence of cervicogenic headache syndrome in an urban population of Oporto. Abstract book of 3rd European Headache Conference; Sardinia, Italy, 1996, pg 11a.
- 15- Schoenen J. Extroceptive supression of temporalis muscle activity. Methodological and physiological aspects. Cephalalgia 1993; 13: 3-10
- 16- Sjaastad O, Saunte C, Hovdal H, Breivik H, Gronbek E. Cervicogenic' headache. An hypothesis. Cephalalgia-1983; 3: 249-56
- 17- Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic Headache: Diagnostic criteria Headache-1990;30:725-726.
- 18- Sjaastad O, Bovim G, Stouner IJ. Laterality of pain and other migraine criteria in common migraine. A comparison with cervicogenic headache. Funct. Neurol-1992; 7: 289-294.
- 19- Sjaastad O, Bovim G, Stouner IJ. Common migraine: Localization of the initial pain of attack. Funct. Neurol-1993; 8: 27-32
- 20- Sjaastad O, Bovim G. Cervicogenic headache. The differentiation from common migraine. An overview. Funct. Neurol-1991; 6: 93-100
- 21- Sjaastad O, Joubert J, Elsas T et al. Hemispheric continua and cervicogenic headache. Separate headaches or two faces of the same headache? Funct. Neurol-1993; 8: 79-83.
- 22- Sjaastad O, Stolt Nielsen A, Blume H, et al. Cervicogenic headache. Long term results of radiofrequency treatment of the planum nuchale. Funct. Neurol-1995; 10:265-71.
- 23- Tarhan C, İnan L, Mihoğlu H. TENS treatment in patients with cervicogenic headache. Contribution at the Cervicogenic Headache International Study Group, Annual Meeting, 1996.