

# KÜME BAŞAĞRISINDA TANI VE AKUT ATAK TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

*Dursun AYGÜN•, Levent ALTINTOP••, Zahide DOĞANAY•,  
Hakan GÜVEN•, Fünuzar YILDIRIM•*

*• Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD,  
•• Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Samsun*

## ÖZET

Küme baş ağrısı, epizodik ve kronik tipleri olan iyi tanımlanmış yaygın olmayan bir nörovasküler sendromdur. Bu baş ağrısı, primer baş ağrıları arasında en şiddetli ağrıya yol açan tiptir. Ataklar 15 ile 180 dakika sürmekte ve unilateral olarak görülmektedir. Ağrıya her zaman bir veya daha fazla otonom fonksiyon bozukluğu yakınma ve bulguları eşlik etmektedir. Ataklar sıklıkla gece görülür. Akut atak tedavisinde ilk seçenek oksijen inhalasyonudur (% 60-70 etkilidir). Bunu sırasıyla triptanlar ve dihidroergotamin izlemektedir. Biz oksijen inhalasyonu (8 L/dk; 10 dakika) ile düzelen bir küme baş ağrılı olgu sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Küme baş ağrısı, tanı, akut atak tedavisi

## ABSTRACT

Cluster headache is an uncommon well-defined neurovascular syndrome occurring in both episodic and chronic varieties. It is the most painful of the primary headache disorders. The attacks lasting from 15 to 180 minutes, are occurred unilaterally, and accompanied by signs and symptoms of autonomic dysfunction. Attacks frequently occur at night. Agents used for acute therapy include inhalation of oxygen (efficacy of 60 to 70 %), triptans, and dihydroergotamine respectively. We reported a case with cluster headache which recovered by inhalation of oxygen (8 L/min.; 10 minutes).

**Key words:** Cluster headache, diagnosis, the treatment of acute attack

## GİRİŞ

Küme baş ağrısı (KBA), primer baş ağrıları arasında en şiddetli ağrıya yol açan bir baş ağrısı tipidir (1). KBA'nın atak tedavisinde bilinen klasik analjezikler başarısız kalmakta ve bu nedenle de hastalar sıklıkla acil servislere (AS) başvurumaktadırlar. Bu durumda acil servis hekiminin KBA'nı doğru teşhis etmesi ve uygun tedaviyi bir an önce başlatması çok önemlidir. Bizim amacımız prevalansı % 0.1-0.4 olan (2) ve dolayısıyla günlük pratikte sık karşılaşılmayan bir baş ağrısı tipi olan KBA'nı tanımlamak ve onun atak tedavisi ile ilgili literatür bilgisini gözden geçirmektir.

## OLGU

Otuz yaşında sağ elini kullanan, ilaç tanıtıcısı, erkek hasta, yaklaşık bir aydır süren ve her gün 7-8 defa tekrarlayan baş ağrılarının olması ve ağrısının halen devam etmesi nedeniyle AS' e baş vurdu. Ağrının sağ göz içinde ve çevresinde yerleşik olup sağ şakak bölgesine de yayıldığı, çok şiddetli ve yanıcı-zonklayıcı karakterde olduğu, 1 saattir sürdüğü anlaşıldı. Alkol, sigara, nitrat içeren veya başka vazodilatör ilaç kullanma öyküsü yoktu. Nörolojik muayenede sağ gözden ve burundan yaş gelmesi, sağ göz kapağında hafif ödem ve düşme ve pupilde daralma dışında patolojik bir bulguya rastlanmadı. Biz hastadan bu özellikteki baş ağrısı ataklarının yılda birkaç veya iki yılda bir kez ortaya çıktığını öğrendik ve baş ağrısının, klinik inceleme sonucunda IHS'a kriterlerine göre KBA'nın epizodik formu olduğuna karar verdik (Tablo 1). Hastaya hemen 8 L/dakika oksijen inhalasyonuna başlandı ve 10 dakika devam edildi. İnhalasyonun beşinci dakikasından sonra yakınmalarda azalma başladı ve 30 dakika için yakınma ve bulgular tamamen düzeldi.

## TARTIŞMA

KBA, ortalama 20 ile 40 yaş arasında ortaya çıkan, erkeklerde daha sık (kadınlardan 9 kat fazla) görülen, konjunktival hiperemi ve göz yaşarmasının eşlik ettiği 15-180 dakika süren şiddetli tek taraflı orbital, (bazen supraorbital veya temporal) baş ağrısı ile karakterize olan bir sendromdur (2). KBA'nın patogenezi ile ilgili olarak ileri sürülen son görüşlere göre, hipotalamustaki suprakiazmatik yerleşimli sirkadiyen ritm merkezindeki aksamalar sonucu ağrı tetiklenmekte, daha sonra beyin sapı serotonerjik merkezler ve buradan da trigeminal sinir çekirdekleri uyarılarak trigemino-vasküler sistemin aktive olması (CGRP ve VIP salınır) sağlanmaktadır ve bunun sonucu olarak da kavernoöz sinüs ve etrafındaki venlerde nörojenik inflamasyon ortaya çıkmaktadır. Bu da tipik KBA'nı başlatmaktadır. Bu arada venöz konjesyon, lokal doku cevabına bağlı damarlarda vazodilatasyon ve şişme sonucu etrafta bulunan sempatik sinir ağına baskı meydana gelerek, KBA'a eşlik eden otonom bulguların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bütün bunlar KBA bir vasküler tip baş ağrısı olduğunu göstermektedir (2,3). Olgumuzdaki ağrının özellikleri ve eşlik eden otonom yakınma ve bulgular, literatürle karşılaştırılmalı olarak tablo 1'de özetlenmiştir. KBA'nın ayırıcı tanısında kronik

paroksizmal hemikraniya, SUNCT sendromu gibi diğer trigeminal otonomik sefaljiler grubu içinde bulunan hastalıklar ve temporal arterit yer almaktadır (3,4). Atak tedavisinde ilk tercih O2 (7-10 L/dk, 10-15 dakika) inhalasyonudur (3,5). Bu, CGRP salınımını azaltarak etkisini gösterir (2). Bu tedaviye cevap alınmadığında sırasıyla sumatriptan ve dihidroergotamin verilir (5). Bu amaçla topikal lokal anestetiklerin de (örn.: % 4'lük lidokainden 1 mL verilebilir. Gerekirse doz 15 dk sonra tekrarlanabilir) etkili olduğu bildirilmektedir (2). Analjezikler ve narkotiklerin akut atak tedavisinde çok fazla öneme sahip olmadığı bildirilmektedir (2).

Sonuç olarak, AS'e şiddetli tek taraflı orbital yerleşimli ağrı ile gelen hastalarda KBA akla gelmeli ve onun akut atak tedavisinde ilk seçeneğin O2 olduğu ve bunun %70 oranında yarar sağladığı akılda tutulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Peres MF, Stiles MA, Siow HC, Rozen TD, Young WB, Silberstein SD. Greater occipital nerve blockade for cluster headache. *Cephalalgia* 2002; 22: 520-522.
2. Evans RW, Mathew NT. Cluster headache. In: *Handbook of headache*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000 pp, 87-105.
3. Mongini F. Headache and facial pain. In: *Headache and facial pain*. New York: Thieme, 1999 pp 214-222.
4. Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalgias. *Acta Neurol Belg* 2001;101:10-19.
5. Dodick DW, Capobianco DJ. Treatment and management of cluster headache. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5: 83-91.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988; 7

**Tablo 1.** Olgumuzdaki ağrının özellikleri ve eşlik eden otonom yakınma ve bulguların literatürle karşılaştırılması (2,3,5,6).

Özellik	Literatür	Olgu
Cinsiyet	E/K; 2.5-5	E
Yaş	20-40	30
Lokalizasyon•	Orbital, Supraorbital, Temporal	Orbital, Supraorbital Temporal
Taraf•	Unilateral	Unilateral
Atak sayısı•	1-8/gün veya 1/iki gün	6/gün
Atak süresi•	15-180 dak.	30-60 dakika
Ağrının karakteri•	Zonklayıcı, Batıcı, Oyucu	Zonklayıcı, Batıcı, Oyucu
Ağrının şiddeti•	Şiddetli	Şiddetli
Tetikleyici faktör	Alkol, Nitrat, Histamin	—
Atakların ortaya çıkış zamanı	Uykuda•/Öğleden önce•••	Gece, Bazen sabah
Geçirilmiş atak sayısı•	≥ 5	>100
Aile öyküsü	%3-4	—
<b>Otonom Bulgular•</b>		
Konjunktival İnjektasyon	%58-84	+
Pitozis	+	+
Burun Tıkanıklığı/Konjesyon	+	+
Rinorre		%68-76 +
Lakrimasyon	%82	+
İntraoküler basınç artışı	+	—
Göz kapağında ödem	+ / —	+
Alında ve yüzde terleme		+ —
Miyozis	+	+
Hipertansiyon	+	—
Bradikardi	+	—
Bulantı	%40	+
Diyaire	+	—
<b>Diğer Özellikler</b>		
Anamnezde	Sekonder baş ağrısı özelliği yok	Sekonder baş ağrısı özelliği yok
Nörolojik muayene	Normal	Normal
Nörogörüntüleme••••	Normal	Normal
Tedavide (atak) ilk tercih•••••	O2 7-10 L/dk—10-15 dk	O2 8 L/dk—10 dk
Tedaviye cevap (İlk tercih)	%70	%100
Küme baş ağrısının tipi•••••	Epizodik, Kronik	Epizodik

\*IHS kriterlerindedir (aynı tarafta otonom bulgulardan en az biri), \*\*Sıklıkla uyduktan 3-5 saat sonra (uykudan uyandırılabilir), \*\*\*Aynı saatte başlama eğilimi vardır, \*\*\*\*Semptomatik küme baş ağrılarında (KBA benzeri ataklardır ve intrakraniyal bir lezyona bağlıdır) patolojik olabilir, \*\*\*\*\*Diğer seçenekler triptanlar ve dihidroergotamindir, \*\*\*\*\*Epizodik (aktif periyot sayısı ≥2/yıl veya 1/ ≥2 yıl, aktif periyodun süresi 7 gün ile 1 yıl olabilir) ve kronik (remisyon <14 gün veya 1 yıl olan) form.