

Bölüm 3

SEKONDER BAŞ AĞRILARINA YAKLAŞIM

Bahriye HORASANLI¹

Öykü, fizik ve nörolojik muayene veya ileri teknikler ile yapısal veya gösterilebilir bir neden ile (nedensel olarak) ilişkilendirilen baş ağrılarında “sekonder baş ağrıları” denmektedir. Bu grup baş ağrıları arasında beyin tümörleri, kafa travmaları, kafaiçi basınç değişiklikleri, sistemik veya kafa içi vasküler olaylarla ilişkili olanlar gibi yaşamı tehdit eden durumlarda ortaya çıkan ve bu açıdan erken tanınmaları ve tedavilerinin çok önemli olduğu baş ağrıları yer almaktadır. Öte yandan kafa travmalarının ardından geç dönemde oluşan baş ağrıları, psikolojik durumlarda ortaya çıkan baş ağrıları, ağrı kesici kötüye kullanımı durumunda ortaya çıkan baş ağrıları, sistemik veya endokrin bozukluklarda görülen baş ağrıları da sekonder baş ağrıları arasında yer almaktadır.

Akut ya da subakut ortaya çıkan ve baş ağrısı ile başvuran kişinin nörolojik muayenesinde herhangi bir bulgu saptanması halinde bu hastalarda görüntüleme başta olmak üzere ileri inceleme yöntemlerine başvurmak gerekir. Fizik muayenelerinde farklı bulgularla karşılaşılması, hekimi sistemik hastalıklar açısından ileri incelemelere yöneltecektir. Sekonder baş ağrısı olan hastaların nadir durumlarda fizik ve nörolojik bulguları normal bulunmakta olduğu gözlenmiştir.

ULUSLARARASI BAŞ AĞRISI SINIFLAMASINA GÖRE SEKONDER BAŞ AĞRILARI

1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı
2. Kranial veya servikovasküler bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı.
3. Non-vasküler intrakranial bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı
4. Madde kullanımı ve yoksunluğu ile ilişkilendirilen baş ağrısı
5. İnfeksiyon ile ilişkilendirilen baş ağrısı
6. Homeostazis bozuklukları ile ilişkilendirilen baş ağrısı
7. Baş, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer kranial veya fasial yapıların bozuklukları ile ilişkilendirilen baş veya yüz ağrıları
8. Psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı
9. Kranial nevrozlar ve yüz ağrılarının santral nedenleri

¹ Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji BD.

talığın diğer belirtileri de eşlik etmektedir. Baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesinde ortak etiyolojik faktörler söz konusudur (genetik faktörler, nörotransmitter veya diğer biyolojik anormallikler)

Tedavide medikal ve davranışsal tedaviler yapılabilir. Ortak tedavi sonrası baş ağrısı sonrasında %50 azalma gösterilmiştir.

Rinosinüzit Baş Ağrısı

Burun ve paranazal sinüzitlerin akut enfeksiyonları baş ve yüz bölgesinde ağrıya neden olur. Sinüzitte sinüs ve hemen yakınında lokal ağrı ve her sinüzitte lokalizasyonu değişen yansıyan ağrı vardır. Kronik sinüzitte kural olarak ağrı ön planda değildir. Ağrı akut alevlenmelerde ortaya çıkar. Endoskopik nazal muayenede burun boşlukları arka kısmında mukozal temas noktaları ağrıyı tetikliyorsa bu durum kronik baş ağrılı hastalarda burun kaynaklı bir etiyolojik faktör olarak değerlendirilir.

Temporomandibular Eklem bozukluğu

Temporomandibular eklem bozukluğu, bu eklemden ve çiğneme kaslarında ağrı ve fonksiyon kaybı ile karakterize bir durumdur. Ağrı, preaurikuler bölgede veya eklemden lokalizedir. Ağrı, çiğneme hareketi ile artar. Oskültasyonda eklemden krepatasyon vardır. Ağrı gerilim baş ağrısı özelliğindedir. Tanı eklem muayene ve grafileri ile konur. Tedavide varsa bruksizm, ağız kapama bozukluğu, stres, inflamatuvar hastalıklar, travma gibi faktörler ve sonuçlarına yönelik etiyolojik faktörlerle mücadele edilir ve fizik tedavi ajanları ile nonsteroidler kullanılır.

KAYNAKLAR

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
2. Kamins J., Charles A. Posttraumatic headache: Basic mechanisms and therapeutic targets. *Headache*, 2018;58:811-826. Doi: 10.1111/head.13312. Epub 2018 May 14.
3. Kjeldgaard D., Forchhammer H. B., Teasdale T. W., Jensen R. H. Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: A randomized controlled trial, *J Headache Pain* 2014;15:81. doi: 10.1186/1129.
4. Kjeldgaard D., Forchhammer H. B., Teasdale T. W., Jensen R. H. Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: A randomized controlled trial. *J Headache Pain* 2014;15:81. Doi: 10.1186/1129-2377-15-81.
5. Kamins J., Charles A. Posttraumatic Headache: Basic Mechanisms and Therapeutic Targets. *Headache* 2018;58:811-826. Doi: 10.1111/head.13312. Epub 2018 May 14.
6. Abadie V., Jacquin A., Daubail B., Vialatte A. L., Lainay C., Durier J., et al. Prevalence and prognostic value of headache on early mortality in acute stroke: The dijon stroke registry. *Cephalalgia* 2014.
7. HaWatelet B., Samson M., de Boysson H., Bienvenu B. Treatment of giant-cell arteritis, A literature review. *Mod Rheumatol* 2017;27:747-754.
8. Headache classification committee of the international headache society. The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.

9. Villiger P. M., Adler S., Kuchen S., Wermelinger F., Dan D., Fiege V., et al. Tocilizumab for induction and maintenance of remission in giant cell arteritis: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2016;387:1921–1927.
10. Roberts J., Clifford A. *Ther adv chronic dis* 2017;869-879. Doi: 10.1177/2040622317700089. Epub 2017 Mar 28. *Ther adv chronic dis.* 2017;8:69-79.
11. Gündüz A., Göksan B., Koçer N., Karaali- Savrun F. Headache in carotid artery stenosing and angiography. *Headache* 2012;52:544-549.
12. Ramadan N. M., Gilkey S. J., Mitchell M., Sawaya K. L., Mitsias P. Postangiography headaches. *J Headache Pain* 2008;9:327–330.
13. Aktan Ç., Özgür Ö., Sindel T., Dora B. Characteristics of headache during and after digital subtraction angiography: A critical re-appraisal of the ICHD-3 criteria. *Cephalalgia* 2017;37:1074-1081.
14. Corbett J. J., Savino P. J., Thompson H. S., Kansu T., Schatz N. J., Orr L. S., Hopson D. Visual loss in pseudotumor cerebri: follow-up of 57 patients from 5 to 41 years and a profile of 14 patients with permanent severe visual loss. *Arch Neurol* 1982;39:461-474.
15. Fonesca P. L., Rigamonti D., Miller N. R., Subramanian P. S. Visual outcomes of surgical intervention for pseudotumour cerebri: Optic nerve sheath fenestration versus cerebrospinal fluid diversion. *Br J Ophthalmol* 2014;98:1360-1363.
16. Wall M. Update on idiopathic intracranial hypertension. *Neurol Clin* 2017;35:45-57.
17. Kranz P., Malinzak M. D., Amrhein T. J., Gray L. Update on the diagnosis and treatment of spontaneous intracranial hypotension. *Curr Pain Headache Rep.* 2017;2:37.
18. Pattichis A. A., Slee M. CSF hypotension: A review of its manifestations, investigation and management. *J Clin Neurosci.* 2016;34:39-43.
19. Kim D. W., Lee S. K. Headache and epilepsy. *J Epilepsy Res* 2017;7:7-15.
20. Cianchetti C., Pruna D., Ledda M. Epileptic seizures and headache/migraine: A review of types of association and terminology. *Seizure* 2013;22:679-685.
21. Grazi L., Andrasik F. Headaches and arnold-chiari syndrome: When to suspect and how to investigate. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16:350-353.
22. Beretta E., Vetrano I. G., Curone M., et al. Chiari malformation-related headache: Outcome after surgical treatment. *Neurol Sci* 2017;38(Suppl1):95-98.
23. Diener H. C., Katsarava Z., Limmroth V. Headache attributed to a substance or its withdrawal. *Handb Clin Neurol.* 2010;97:5895-99. doi: 10.1016/S0072-9752(10)97051-6.
24. Ertas M., Baykan B., Orhan E. K., Zarifoglu M., Karli N., et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: A nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain.* 2012;13:147-157. Doi: 10.1007/s10194-011-0414-5. Epub 2012 Jan 14.
25. Suzuki K., Miyamoto M., Miyamoto T., et al. Sleep apnoea headache in obstructive sleep apnoea syndrome patients presenting with morning headache: Comparison of the ICHD-2 and ICHD-3 beta criteria. *J Headache Pain.* 2015;16:56.
26. Russell M. B., Kristiansen H. A., Kvaerner K. J. (2014). Headache in sleep apnea syndrome: epidemiology and pathophysiology. *Cephalalgia.* 2014;34:752-755.
27. Goksan B, Karaali-Savrun F, Ertan S, Savrun M. Haemodialysis-related headache. *Cephalalgia* 2004;24:284-2.
28. Evans R. W., Antoniazzi A. L., Bigal M. E. Expert opinion: Headaches and hemodialysis. *Headache* 2009;49:463-466.87.
29. Cavestro C., Ferrero M. Migraine in systemic autoimmune diseases. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2018;13:124-134.
30. Kister I., Caminero A. B., Monteith T. S., Soliman A., Bacon T. E., Bacon J. H. , et al. Migraine is comorbid with multiple sclerosis and associated with a more symptomatic MS course. *J Headache Pain* 2010;11:417-425.
31. Hajj-Ali R. A., Calabrese L. H. Diagnosis and classification of central nervous system vasculitis. *J Autoimmun* 2014;48-49:149-152.

32. Wan C., Su H. A Closer look at angitis of the central nervous system. *Neurosciences (Riyadh)* 2017;22:247-254.
33. Sjaastad O., Fredriksen T. A., Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. Headache 19 Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24. Suppl 1:9-160.90; 11:725-726.
34. İnan L. E. Servikojenik Baş ağrıları. Türkiye Klinikleri. *J Neurol-Special Topics*. 2008;1:60-66.
35. Grandhi R. K., Kaye A. D., Abd-Elseyed A. Systematic review of radiofrequency ablation and pulsed radiofrequency for management of cervicogenic headaches. *Curr Pain Headache Rep*. 2018;23:673-679.
36. Morris M, Raoul B. Somatic Symptoms in Headache patients: The Influence of Headache Diagnosis, frequency, and Comorbidity. *Headache* 2004;44:983-993.
37. Fredric N. Busch Clinical approaches to somatization. *J Clin Psychol*. 2014; 70:419-427.
38. Bergman-Bock S. Associations between migraine and the most common psychiatric co-morbidities. *Headache* 2018;58:346-353. Doi: 10.1111/head.13146. Epub 2017 Aug 10.