

Bölüm 3

KAS İSKELET SİSTEMİ KÖKENLİ BAŞ AĞRILARI

Gökhan GÜREL¹

Baş ağrısı tüm hemen toplumlarda sık görülen bir yakınmadır. Baş ağrıları sosyal yaşamı, iş yaşamını olumsuz etkilemesi, ortaya çıkardığı tedavi maliyetleri nedeniyle toplumlar üzerinde ekonomik yüke neden olmasının (1,2) yanısıra yaşamı tehdit edebilecek önemli bir hastalığın ilk habercisi olarak da karşımıza çıkabilir. Bu nedenle her baş ağrısı yakınması önemsenmeli, tüm özellikleri ile dikkatle sorgulanmalı, detaylı bir fizik ve nörolojik bakı yapılarak gerekirse ileri incelemelerden yararlanılmalıdır. Baş ağrıları, primer (birincil) baş ağrıları ve sekonder (ikincil) baş ağrıları olarak iki ana başlık altında ele alınır. Primer baş ağrıları, başka bir hastalıkla ilişkili olmayan, migren baş ağrısı, küme baş ağrısı ve gerilim tipi baş ağrısı gibi doğrudan doğruya ortaya çıkan baş ağrılarıdır. Bir başka deyişle, bir kişide baş ağrısının özellikleri primer baş ağrısı düşündürüyor ise, baş ağrısı bir yakınmadan çok, yaşamı tehdit etmeyen, ancak çeşitli önlemlerle ve tedavi yöntemleri ile kontrol altına alınabilen bir hastalık olarak görülebilir. Sekonder baş ağrıları ise tüm baş ağrılarının %10'unu oluştururlar ve her zaman başka bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkarlar (3). Bu nedenle, eğer baş ağrısı yakınmasının özellikleri sekonder baş ağrısını düşündürüyor ise, bunun yaşamı tehdit edebilecek pek çok hastalık dahil başka hastalıkların habercisi olabileceği unutulmamalı, hızlı ve titiz bir biçimde etyolojik araştırma yapılmalıdır.

Kas iskelet sistemi kökenli patolojiler de ikincil baş ağrılarına sebep olabilen etyolojilerdendir. The International Classification of Headache Disorders 3rd Edition (ICHD-3) 2018 içerisinde 'kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ve diğer fasyal ya da servikal yapıların bozukluğuna bağlı baş ağrısı ya da fasyal ağrı' başlığını oluşturan 11. Bölümün alt başlıklarında sınıflandırılmıştır. Bu alt başlıklarda, kas iskelet sisteminden köken alan en önemli baş ağrısı "boyun bozukluklarına bağlanan baş ağrıları" sınıfında 11.2 başlık numarası ile

¹ Nöroloji uzmanı, Özel klinik, doktorgokhangurel@gmail.com

Valproik asit, gabapentin, topiramet ve karbamazepin kullanımının etkili olabileceği de bildirilmektedir.

Botulinum toksini uygulamalarının da plaseboya üstünlüğü gösterilmemiştir (20).

Servikal epidural ve tetik nokta steroid uygulamaları etkili olabilir. Lateral atlantoaksiyel eklem ve C2-3 zigapofizyel eklem ve/veya C3-4 zigapofizyel eklem bölgelerine yapılan anestetik enjeksiyonları ağrıyı azaltabilmektedir (21,22).

Büyük ve küçük oksipital sinirlere uygulanan tekrarlayıcı blokajları ile baş ağrılarında anlamlı azalma gösterilmiştir (23,24).

Medikal olmayan tedavi

Egzersiz, masaj ve maniplasyon uygulamaları, medikal tedavi ve/ya da sinir blokları ile birlikte tercih edilebilir. Transkutanöz elektriksel sinir uyarımının, ağrı sıklık ve şiddetin anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir (20). Biofeedback, relaksasyon ve kognitif davranışçı tedavinin faydalı olduğuna dair veriler sınırlıdır.

Cerrahi

Dirençli olgularda büyük oksipital sinirin serbestleştirilmesi operasyonları, nörektomiler, stabilizasyon operasyonları, radyofrekans termokoagülasyon ve dorsal kord elektrik stimülasyonu faydalı olabilmektedir. Birden fazla servikal spinal seviyede lezyonu olan hastalarda, dorsal servikal laminoplasti operasyonu etkili olabilir (25,26).

KAYNAKLAR

1. Onar MK. (2008). Baş Ağrısı ve Diğer Kraniofasiyal Ağrılar. (Ersin Tan, Sevim Erdem Özdamar, Çev. Ed.). *Neurology in Clinical Practice* içinde (s. 2011-2062). Ankara: Veri Medikal Yayıncılık.
2. Klinik Nöroloji, Roger P Simon, David A Greenber Michael, J. Anilott 7. Baskı: 80-93
3. IHS, Headache Classification Committee at the International Headache Society, Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988 (Supp 7):51-96
4. Jansen J, Markakis E, Rama B, et al. Hemispheric attacks or permanent hemispheric sequelae of upper cervical root compression. *Cephalalgia*.1989; 9: 123-30
5. Mihoğlu H, İnan L.E, Uysal H, et al. Baş ağrısı polikliniği gerekliliği ve tanı çeşitliliği. *Nöroloji Bülteni*. 1995;2: 82-85
6. 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.
7. Sjaatad O, Saunte C, Hovdal H, et al. Cervicogenic headache. An hypothesis. *Cephalalgia*.1983; 3: 249-56
8. Cervicogenic headache: Studies on clinical, anatomical and differential diagnostic factors. Gunnar Bovim, TAPIR, Trondheim, 1993.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38:1-211
10. İnan L E, Mihoğlu K. Servikojenik Baş ağrısı. *Türk Nöroloji Dergisi* 1996; Cilt 2, Sayı: 1-2. 3-6

11. Sjaastad O, Bovim G, Stoner LJ. Laterality of pain and other migraine criteria in common migraine. A comparison with cervicogenic headache. *Funct. Neurol* 1992; 7:289-294
12. Sjaastad O, Bovim G, Stoner LJ. Common migraine: Localization of the initial pain of attack. *Funct. Neurol.*1993; 8:27-32
13. Bovim G, Sand T. Cervicogenic headache, migraine without aura and tension type headache. Diagnostic blockade of greater occipital and supra orbital nerves. *Pain* 1992; 51:43-48,
14. Sjaastad O, Bovim G.: Cervicogenic headache. The differentiation from common migraine. An overview. *Funct. Neurol* 1991; 6:93-100
15. İnan L. Servikojenik başarıları. Erdine S (ed). *Ağrı*. 3. baskı, Nobel Tıp, İstanbul 2007:321-325
16. Sjaastad O, Joubert J, Elsas T et al. Hemicrania continua and cervicogenic headache. Separate headaches or two faces of the same headache? *Funct Neurol* 1993; 8:79-83
17. Terzi T, Karakurum B, Üçler S et al. Greater occipital nerve blockade in migraine, tension-type headache and cervicogenic headache. *J Headache Pain* 2002; 3:137-141.
18. Bovim G. Cervicogenic headache: Studies on clinical, anatomical and differential diagnostic factors. Tapir, Trondheim, 1993. 13 ile
19. Bovim G, Sjaastad O. Cervicogenic headache: Responses to nitroglycerin, oxygen, ergotamine, and morphine. *Headache* 1993; 33: 249-52
20. İnan N, Ates Y. Cervicogenic Headache, Pathophysiology, Diagnostic Criteria and Treatment. *Agri* 2005 Oct;17(4):23-30.
21. Feng FL, Schofferman J. Chronic neck pain and cervicogenic headaches. *Curr Treat Options Neurol.* 2003; 5:6: 493-498
22. Sjaastad O, Fredriksen TA, Stolt-Nielsen A et al: Cervicogenic headache: A clinical review with special emphasis on therapy. *Functional Neurol* 1997; 6:305-319
23. İnan N, Ceyhan A, İnan L et al. C2/C3 nerve blocks and greater occipital nerve block in cervicogenic headache treatment. *Funct. Neurol.* 2001;16:239-243
24. Naja ZM, El-Rajab M, Al-Tanmir MA et al. Repetitive occipital nerve blockade for cervicogenic headache: expanded case report of 47 adults. *Pain Pract* 2006 Dec; 6 (4): 278-84
25. Lee JB, Park JY, Park J et al. Clinical efficacy of radiofrequency cervical zygapophyseal neurotomy in patients with chronic cervicogenic headache. *J. Korean Med Sci* 2007 apr; 22(2):326-9
26. Jansen J, Sjaastad O. Cervicogenic headache. Smith/Robinson approach in bilateral cases. *Funct Neurol* 2006 Oct-Dec; 21(4): 205-10