

# BÖLÜM 26

## Paroksizmal Hemikrania

Babür DORA<sup>1</sup>

### Giriş

Paroksizmal hemikrania kısa ve sık ataklarla karakterize nadir görülen bir trigeminal otonom sefaljidir ve prevalansı yaklaşık olarak 50.000'de 1 olarak tahmin edilmektedir. İlk kez 1974 yılında Ottar Sjaastad ve Inge Dale tarafından tanımlanmıştır. Kadın/erkek görülme oranı 1-2,4:1 olarak bildirilmiştir. Literatürde aile öyküsü olan tek bir olgu mevcuttur. Remisyon döneminin olup olmasına göre epizodik ve kronik formlara ayrılabilir. Kronik paroksizmal hemikrania hastaların %80'inde görülürken, epizodik form ancak %20'sinde görülmektedir. Paroksizmal hemikrania herhangi bir yaşta başlayabilir ancak başlangıç en sık 30-40 yaşlar civarındadır. Çok küçük yaşta (1-6 yaş) başlayan vakalar çok nadirdir ve genelde kronik formda oldukları bildirilmiştir.

### Klinik Özellikler

Paroksizmal hemikrania kısa ve sık ataklarla karakterize bir trigeminal otonom sefaljidir.

Paroksizmal hemikrania'da atak süresi 2-30 dakikadır. Nadir vakalarda bireysel atakların 4 saate kadar uzadığı ya da 10 sn kadar kısa sürdüğü bildirilmiştir. Ancak normalden uzun ya da kısa atak süreleri hastanın çoğu atağı için geçerliyse daha ziyade küme başağrısı veya SUNCT/SUNA akla gelmelidir.

Atak sıklığı günde bir kereden 50'ye kadar değişebilir. Ortalama atak sıklığı günde 10-15 ataktır. IHS tanı kriterlerine göre ağırlı günlerin en az yarısında 5 ve üzeri atak sıklığı gerekmektedir.

Ağrı lokalizasyonu genelde oftalmik sinir alanında ve daima tek taraflıdır. Orbital, temporal bölgeleri veya kulağın üst veya arkasını da içine alabilir.

Ağrının karakteri zonklayıcı, saplayıcı, keskin veya oyucu olarak tariflenir. Hastaların yaklaşık %60'ında atak aralarında sızı şeklinde ağrı kalıntıları kalabilir.

Ağrı atağına ipsilateral otonom bulgular mutlaka eşlik eder. Tanı için bu bulgulardan en az birinin olması gerekmektedir. En sık görülen otonom bulgular gözde yaşarma , gözde kızarıklık

<sup>1</sup> Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD



Günde 3 kez ikişer doz olarak uygulandığında 6 aylık tedavi sonrasında çoğu 3-5 profilaktik tedavi ilacına yanıt vermeyen 8 hastanın 7'sinde %65-100 ağrı azalmasına neden olmuştur. Bir başka küçük vaka serisinde non-invazif vagal sinir stimülasyonu günde 2-3 kez 2-4 doz olarak gerek indometazini tolere edemeyen hastalarda gerekse indometazine ek tedavi olarak 6 hastadan 4'ünde etkili olarak bildirilmiştir.

#### Derin beyin stimülasyonu

Posterior hipotalamusa derin beyin stimülasyonu ile tedavi edilmiş bir vaka bildirimi vardır.

Otonom sefaljilerden hemikrania kontinuada etkili olan büyük ve küçük oksipital sinir (GON ve LON) blokajları paroksizmal hemikrania tedavisinde genelde etkili bulunmamıştır.

## KAYNAKLAR

1. Antonaci F, Pareja JA, Caminero AB, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua: anaesthetic blockades of pericranial nerves. *Funct Neurol*. 1997 Jan-Feb;12(1):11-5.
2. Baraldi C, Pellesi L, Guerzoni S, Cainazzo MM, Pini LA. Therapeutical approaches to paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and short lasting unilateral neuralgiform headache attacks: a critical appraisal. *J Headache Pain* 2017;18:71
3. Barloese MCJ. The pathophysiology of the trigeminal autonomic cephalalgias, with clinical implications. *Clin Auton Res*. 2018 Jun;28(3):315-324
4. Cohen AS, Matharu MS, Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalalgias: Current and future treatments. *Headache* 2007; 47(6):969-80.
5. Evers S, Husstedt IW. Alternatives in drug treatment of chronic paroxysmal hemicrania. *Headache* 1996;36:429-432.
6. Evers S, Summ O, Frese A. Very young age of onset in trigemino-autonomic cephalalgias - case report and review of the literature. *Cephalalgia*. 2020 Oct;40(12):1385-1388.
7. Giani L, Proietti Cecchini A, Leone M. Cluster headache and TACs: state of the art. *Neuro Sci*. 2020 Dec;41(Suppl 2):367-375.
8. Kamourieh S, Lagrata S, Matharu MS. Non-invasive vagus nerve stimulation is beneficial in chronic paroxysmal hemicrania. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019 Sep;90(9):1072-1074.
9. Matharu MS, Boes CJ, Goadsby PJ. Management of trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua. *Drugs* 2003; 63 (16): 1637-1677.
10. Matharu MS, Cohen AS, Frackowiak RS, Goadsby PJ. Posterior hypothalamic activation in paroxysmal hemicrania. *Ann Neurol*. 2006 Mar;59(3):535-45
11. May A, Leone M, Afra J, Linde M, Sandor PS, Evers S, Goadsby PJ. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol* 2006;13:1066-1077.
12. Miller S, Matharu M. Trigeminal autonomic cephalalgias: Beyond the conventional treatments. *Curr Pain Headache Rep* 2014;18:438
13. Morelli N, Mancuso M, Felisati G, Lozza P, MacCari A, Cafforio G, Gori S, Murri L, Guidetti D. Does sphenopalatine endoscopic ganglion block have an effect in paroxysmal hemicrania? A case report. *Cephalalgia*. 2010;30(3):365-7.
14. Osman C, Bahra A. Paroxysmal Hemicrania. *Ann Indian Acad Neurol*. 2018 Apr;21(Suppl 1):S16-S22.
15. Pareja JA, Álvarez M. The usual treatment of trigeminal autonomic cephalalgias. *Headache* 2013;53:1401-1414.
16. Tso AR, Marin J, Goadsby PJ. Noninvasive Vagus Nerve Stimulation for Treatment of Indomethacin-Sensitive Headaches. *JAMA Neurol*. 2017 Oct 1;74(10):1266-1267.