



## 34.c

# Non Enfeksiyöz İnflamatuvar İntrakranyal Hastalıklara Bağlı Başağrıları

Gölnur TEKGÖL UZUNER<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Uluslararası Başağrısı Derneği'nin başağrısı sınıflandırması alt komitesi (ICHD-III) santral sinir sisteminin inflamatuvar hastalıklarından etkilenen hastalarda ikincil baş ağrılarının ortaya çıkabileceğini kabul ederek, bunları enfeksiyöz olmayan inflamatuvar hastalığa bağlanan baş ağrıları (7.3) arasında sınıflandırmıştır. Bu grupta başağrıları beş ana bozuklukta ortaya çıkabilir:

1. Nörosarkoidoz,
2. Aseptik (bulaşıcı olmayan) menenjit,
3. Diğer bulaşıcı olmayan inflamatuvar hastalığa bağlanan başağrısı,
4. Lenfositik hipofizit,
5. Geçici başağrısı ve BOS lenfositozlu nörolojik defisit sendromu (HaNDL- BaLND).

Bu hastalıklarda başağrısı tipi, sıklıkla serebral tutulumun doğasına bağlıdır ve altta yatan hastalıklar içinde ve arasında değişiklik gösterir. Aseptik menenjit ve lenfositik hipofizitte başağrısının önde gelen semptom olabileceğini akılda tutmak gerekir.

## NÖROSARKOİDOZ

### Tanım ve Klinik

Deri bulguları sarkomaya benzediği için 19. Yüzyılın sonlarında sarkoid olarak adlandırılan sar-

koidoz, günümüzde tipik olarak akciğerleri, deriyi ve lenf düğümlerini tutan, sinir sisteminin herhangi bir bölümünü etkileyebilen, etkilenen organlarda kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize, nedeni bilinmeyen immün aracılı multisistemik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Sarkoidozda nörolojik komplikasyonlar nadirdir ve oldukça değişkendir. Sinir sistemini tutulumu olduğunda nörosarkoidoz olarak adlandırılır.

Nörosarkoidoz patolojik olarak, aktive makrofajların kümelerinden ve T lenfositlerle çevrili diğer epitelioid hücrelerden oluşan nekrotizan olmayan granülomların varlığı ile karakterize edilir. Leptomeninkslerin granülatöz iltihabı, Virchow-Robin boşlukları aracılığıyla beyne ve omuriliğe uzanır. Beynin tabanındaki perivasküler boşluklar, kısmen bazal meninksler, kranial sinirler ve hipotalamik-hipofiz yapıları merkezi sinir sistemi (MSS) sarkoidozundaki tutulum bölgeleridir. Tümör nekroz faktörü gibi proinflamatuvar sitokinlerin salınımı (TNF alfa), sinir sistemindeki inflamasyonun patogeneğinde de rol oynar.

Nörolojik tutulum (nörosarkoidoz) vakaların yaklaşık %5-26'sında meydana gelir. Sistemik sarkoidozu olan ve nörolojik semptomu olmayan vakaların %15 kadarında otopside nörosarkoidoz kanıtı bulunmuştur.

<sup>1</sup> Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD



Gereksiz trombolitik ve antimikrobiyal tedavi kullanımından kaçınılmalıdır

## Tedavi

Bu hastalıkta atakların kendi kendine iyileşmesi ve prognozunun iyi olması nedeniyle standart bir tedavi protokolü yoktur. Literatürde sistemik veya oral kortikosteroid, beta blokör, kalsiyum kanal blokörü, antiepileptikler ve papilödemi saptanan hastalarda asetazolamid kullanıldığına ilişkin olgu bildirimleri yer almaktadır. Uzun dönem randomize, plasebo kontrollü çalışma bulunmamaktadır.

Bu olgularda gereksiz trombolitik ve antimikrobiyal tedavi kullanımından kaçınılmalıdır. Akla gelmeli, hızla gerekli incelemeler yapılarak olası nedenler dışlanarak takibe alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Jinny O. Tavee, Barney J. Stern. Neurosarcoidosis. Continuum (Minneapolis) 2014;20(3):545-559.
2. Curone M, Tullo V, Peccarisi C. et al. Headache as presenting symptom of neurosarcoidosis. Neurol Sci 2013;34 (Suppl 1):S183-S185.
3. Hait A.S, Thomsen M.M, Larsen M. S. et al. Whole- Exome Sequencing of Patients With Recurrent HSV-2 Lymphocytic Mollaret Meningitis. The Journal Of Infectious Diseases 2021;223:1776-1786.
4. Rosenberg J, Galen T.B. Recurrent Meningitis. Curr Pain Headache Rep 2017;21:33.
5. Mantia La. L, Erbetta A. Headache and inflammatory disorders of the central nervous system. Neurol Sci 2004;25:S148-S153.
6. Oberman M, Holle D, Naegel S et al. Headache attributable to nonvascular intracranial disorders. Curr Pain Headache Rep 2011;15:314-323.
7. Bartleson JD, Swanson JW, Whisnant JP. A migrainous syndrome with cerebrospinal fluid pleocytosis. Neurology 1981;31:1257-1262.
8. Yilmaz A, Kalegasi H, Dogu O, Kara E, Ozge A. Abnormal MRI in a patient with 'headache with neurological deficits and CSF lymphocytosis (HaNDL)'. Cephalalgia 2010;30:615-619.
9. Gómez-Aranda F, Cañadillas F, Martí-Massó JF, et al. Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis. A report of 50 cases. Brain 1997;120:1105- 1113.
10. Çoban A, Shugaiv E, Tüzün E. Syndrome of Headache Accompanied with Transient Neurologic Deficits and Cerebrospinal Fluid Lymphocytosis, Review. Noro Psikiyatrs Ars 2013;50(Suppl 1):S52-S55. doi: 10.4274/npa.y7228. Epub 2013 Aug 1.
11. Mulroy E, Yap J, Danesh-Meyer H, Anderson N. Symptomatic intracranial hypertension during recovery from the syndrome of headache with neurologic deficits and cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL). Pract Neurol 2017;17:145-148.
12. Kürtüncü M, Kaya D, Zuliani L, et al. CACNA1H antibodies associated with headache with neurological deficits and cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL). Cephalalgia 2013;33:123- 129.
13. Zhu K, Born W.D, Dilli E. Secondary Headache:Current Update. Headache November/December 2020;Vol:60, Issue 10:2654-2664.