



34.d Epilepsi ve Başağrıları

Arife Çimen ATALAR¹
Esmе EKİZOĞLU²
Betül BAYKAN³

1. GİRİŞ VE TANIMLAMALAR

Baş ağrısı ve epilepsi bağlantısı yüzyılı aşkın süredir bilinmekle birlikte, aralarındaki nedensel ilişki halen tam olarak ortaya koyulamamıştır. Gerek klinik özellikler yönünden gerekse epidemiyolojik, genetik ve diğer olası patofizyolojik mekanizmalar gibi birçok açılarından ortak özellikler taşımaktadırlar. Her iki hastalığa da toplumda oldukça yüksek sıklıkta rastlanmakta olup, kendi aralarında da ciddi oranlarda komorbidite göstermektedirler. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, bir primer baş ağrısı olan migrenin epilepsili bireylerde sağlıklı bireylere oranla daha yüksek oranda saptanması ve yine epilepsi görülme sıklığının toplum geneline kıyasla (%0,5-1) migrenlilerde çok daha yüksek olması (%1-17) bu komorbiditeyi desteklemektedir. Her iki hastalıkta da görülen epizodik özellikte ataklar, aura varlığı, benzer tetikleyiciler ile uyarılabilir olmaları ve aile içinde genetik yatkınlık altta yatan olası ortak bir patolojik mekanizmayı düşündürmektedir. Farklı sosyokültürel özellikleri olan ülkelerde yapılan çalışmalar migren ve epilepsi için benzer atak tetikleyici faktörlerin (uykusuzluk, stres gibi), yanısıra benzer atak engelleyici faktörlerin de (karanlık ortam ve pozitif düşünceler gibi) varlığına dikkat çekmiştir. Bu modülatör faktörler migrende epilepsiyeye göre daha sık olarak izlenmektedir.

En son yayınlanan Uluslararası Baş ağrısı Sınıflaması'nda (ICHD-3; Tablo 1) epilepsi ve baş ağrısı ilişkisine dair bazı tanımlamalar yer almaktadır. Epileptik nöbet esnasında ve/veya nöbetten hemen sonra ortaya çıkan, birkaç saat-3 gün arasında sürebilen ve kendiliğinden kaybolan baş ağrıları için "epileptik nöbetle ilişkili baş ağrısı" tanımı oluşturulmuştur. İktal baş ağrısı (7.6.1) ve postiktal baş ağrısı (7.6.2) bu başlığın alt kırılımları olarak sınıflamada yer almaktadırlar. Eğer migren-benzeri veya

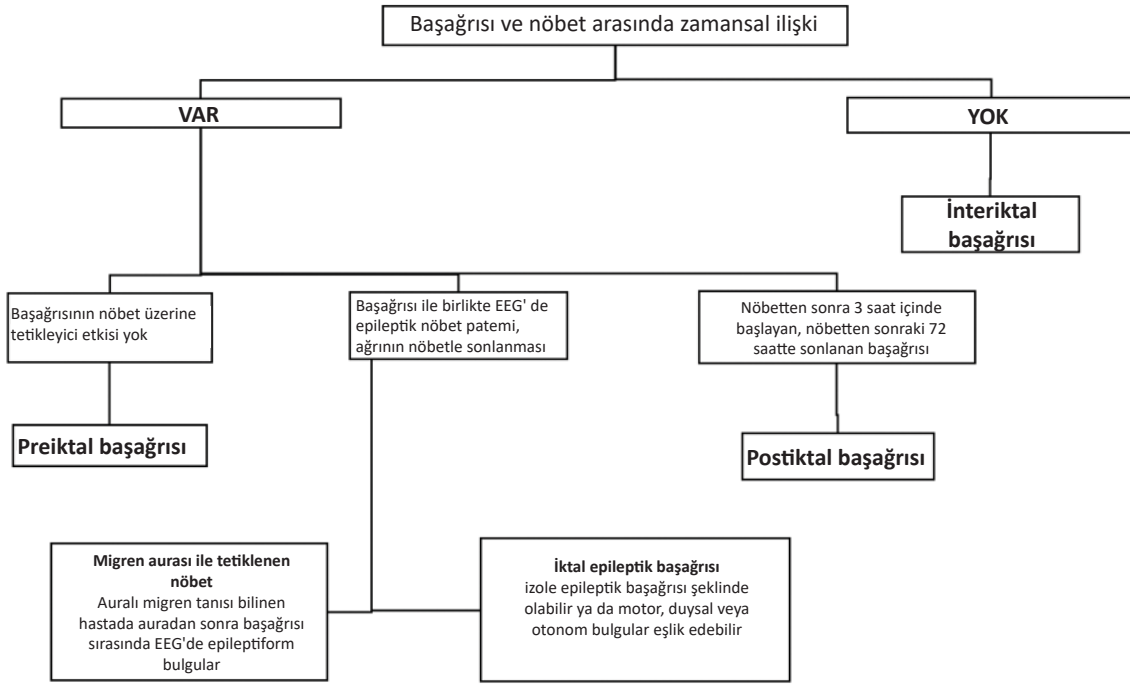


Zamansal açıdan baş ağrısı ve epilepsi arasında dört farklı ilişki tipi tanımlanmıştır. Bunlar; interiktal, pre-iktal, iktal ve post-iktal baş ağrısı olarak sınıflandırılmaktadır.

¹ Doç. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Doç. Dr., İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji AD

³ Prof. Dr., İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji AD



Oksipital lob kaynaklı epileptik nöbetlerde baş ağrısı için seyrek olduğunda ayrı bir tedavi genelde gerekli değildir, nöbetlerin kontrolü ile sorun çözülebilir ve baş ağrısı sık ise VPA uygun bir seçim olabilir.

Postiktal baş ağrısı kısa süreli ve hafif olduğunda hastanın tercihi de o şekilde ise sadece dinlenmesi önerilip ilaç verilmeyebilir. Bu durum sık ve kısıtlayıcı baş ağrısı şeklinde görülürse nöbetten sonra aspirasyon riski bittikten sonra analjezikler denenebilmekte ve hastanın alışkın olduğu veya yeterli yanıt aldığı ajanlara öncelik verilmektedir. Özellikle migreni olan ve nonsteroid analjeziklere yanıtı da olmayan olgularda atak tedavisinde sumatriptanın da etkin olduğu bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Kim DW, Lee SK. Headache and Epilepsy. J Epilepsy Res 2017;7:7-15.
2. Papetti L, Nicita F, Parisi P, Spalice A, Villa MP, Kasteleijn-Nolst Trenité DG. "Headache and epilepsy"--how are they connected? Epilepsy Behav 2013;26:386-393.

3. Ur Özçelik E, Lin K, Mameniškienė R, et al. Perceptions of modulatory factors in migraine and epilepsy: A multicenter study. Front Neurol 2021 3;12:672860.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018;38: 1-211.
5. Cianchetti C, Avanzini G, Dainese F, Guidetti V. The complex interrelations between two paroxysmal disorders: headache and epilepsy. Neurol Sci 2017; 38: 941-948.
6. Cianchetti C, Pruna D, Ledda M. Epileptic seizures and headache/migraine: a review of types of association and terminology. Seizure 2013; 22; 679-685.
7. Parisi P. Why is migraine rarely, and not usually, the sole ictal epileptic manifestation? Seizure 2009;18:309-312.
8. Sowell MK, Youssef PE. The comorbidity of migraine and epilepsy in children and adolescents. Semin Pediatr Neurol 2016; 23: 83-91.
9. Silberstein SD, Dodick DW. Migraine genetics: Part II. Headache 2013;53:1218e1229.
10. Bechi G, Rusconi R, Cestele S, et al. Rescuable folding defective NaV1.1 (SCN1A) mutants in epilepsy: properties, occurrence, and novel rescuing strategy with peptides targeted



- to the endoplasmic reticulum. *Neurobiol Dis* 2015;75:100e114.
11. Mulley JC, Scheffer IE, Petrou S, et al. SCN1A mutations and epilepsy. *Hum Mutat.* 2005;25:535e542.
 12. Hasırcı Bayır BR, Tutkavul K, Eser M, Baykan B. Epilepsy in patients with familial hemiplegic migraine. *Seizure* 2021; 88:87-94.
 13. Liao J, Tian X, Wang H, Xiao Z. Epilepsy and migraine-Are they comorbidity? *Genes Dis* 2018; 5: 112-118.
 14. Sahu J, Nair PP, Wadwekar V, Aghoram R. New-onset interictal headache in persons with epilepsy (PWE): A case-control study. *Epilepsy Behav* 2018; 88:172-175.
 15. Hofstra WA, Hageman G, de Weerd AW. Periictal and interictal headache including migraine in Dutch patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Epilepsy Behav* 2015; 44:155-158.
 16. Ertas M, Baykan B, Orhan EK, 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.
 17. Verrotti A, Coppola G, Spalice A, et al. Periictal and interictal headache in children and adolescents with idiopathic epilepsy: a multicenter cross-sectional study. *Childs Nerv Syst* 2011;27:1419-1423.
 18. Toldo I, Perissinotto E, Menegazzo F, et al. Comorbidity between headache and epilepsy in a pediatric headache center. *J Headache Pain* 2010;11:235-240.
 19. Wang X, Lang S, He M, et al. High prevalence of headaches in patients with epilepsy. *J Headache Pain* 2014; 15: 70.
 20. Duchaczek B, Ghaeni L, Matzen J, et al. Interictal and periictal headache in patients with epilepsy. *Eur J Neurol* 2013; 20: 1360-1366.
 21. Ghofrani M, Mahvelati F, Tonekaboni H. Headache as a sole manifestation in nonconvulsive status epilepticus. *J Child Neurol* 2006; 21:981-983.
 22. Parisi P, Kasteleijn-Nolst Trenite' DG, Piccioli M et al. A case with atypical childhood occipital epilepsy "Gastaut type": an ictal migraine manifestation with a good response to intravenous diazepam. *Epilepsia* 2007; 48:2181-2186.
 23. Kuloğlu Pazarcı N, Bebek N, Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Reappraisal of epileptic pain as a rare symptom of seizures. *Epilepsy Behav* 2016;55:101-107.
 25. Whealy MA, Myburgh A, Bredesen TJ, Britton JW. Headache in epilepsy: A prospective observational study. *Epilepsia Open* 2019; 21:593-598.
 26. Ekstein D, Schachter SC. Post-ictal headache. *Epilepsy Behav* 2010;19:151-155.
 27. Mainieri G, Cevoli S, Giannini G, Zummo L, et al. Headache in epilepsy: Prevalence and clinical features. *J Headache Pain* 2015; 16:556.
 28. Eriksen MK, Thomsen LL, Olesen J. The Visual Aura Rating Scale (VARS) for migraine aura diagnosis. *Cephalalgia* 2005;25:801-810.
 29. Hartl E, Gonzalez-Victores JA, Rémi J, Schankin CJ, Noachtar S. Visual auras in epilepsy and migraine - an analysis of clinical characteristics. *Headache* 2017; 57:908-916.
 30. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the AAN and AHS. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. *Neurology* 2012;78:1337-1345.
 31. Parikh SK, Silberstein SD. Preventive treatment for episodic migraine. *Neurol Clin* 2019; 37:753-770.
 32. Kaltseis K, Frank F, Broessner G. Zonisamide as treatment option in persistent migraine aura. *BMJ Case Rep* 2021;14: e240783.