

Bölüm 1

KÜME BAŞ AĞRILI OLGUDA TRANSNAZAL SFENOPALATİN GANGLİON BLOĞUNUN ETKİNLİĞİ

Derya GÜNER¹

GİRİŞ

Küme baş ağrısı trigeminal otonomik sefaljiler grubunda yer alan son derece ağrılı, ısrarlı bir şekilde tek taraflı, oyuncu, kısa süreli baş ağrısı atakları ile karakterize primer baş ağrısı türüdür. Dakikalar içinde maksimum şiddete ulaşır. İpsilateral kranial otonomik semptomlar (lakrimasyon, konjonktival hiperemi, rinore ve Horner sendromu gibi) veya huzursuzluk ve/veya ajitasyon hissi ağrıya eşlik eder. Genellikle günde 1-2 atak olmakla birlikte, bazı hastalarda gece daha belirgin şekilde atak sayısı günde 8'e kadar çıkabilir ve 15-180 dakika, nadiren daha uzun sürer. Epizodik (%80-90) ve kronik(%10-20) olmak üzere iki alt gruba ayrılır. Epizodik küme baş ağrısında (EKBA) küme dönemleri genellikle bir kaç hafta veya bir kaç ay sürer. EKBA'da remisyon periyodu bir aydan daha uzun sürerken, kronik küme baş ağrısı (KKBA) remisjonsuzdur ya da bir aydan daha kısa süreli remisyon periyodları ile en az bir yıl süreklilik gösterir. Patofizyolojisinde hipotalamusta, trigeminovasküler sistemde ve otonom sinir sisteminde senkronize bir anormal aktivitenin varlığı düşünülmektedir. Ayırıcı tanıda sekonder baş ağrıları, diğer otonomik sefaljiler, trigeminal nevralsi, hipnik baş ağrısı ve migren akla gelmelidir. Tedavi tetikleyici etmenlerden uzaklaşılması, akut atak tedavisi, kısa ve uzun süreli profilaktik tedavi ve cerrahi tedavi olarak sıralanabilir. Profilaksidede en az beklenen küme periyodu süresince ilaçlara devam edilmeli, son küme atağından 3 hafta sonrasında azaltılarak kesilmelidir(1,2,3). Medikal tedavinin yanı sıra invaziv ve non-invaziv girişimsel algolojik yöntemler de uygulanabilmektedir. Sfenopalatin ganglion(SPG); 7.kranial sinirin posterior nazal konkada yerleşmiş mukozal membran ile örtülü parasempatik ganglionudur ve intrakranial vazodilatasyona aracılık eder. Bu nedenle baş ağrısı nosisepsiyonunda önemli rol oynar. SPG blokajı ile otonomik sefaljiler başta olmak üzere; küme, migren, trigeminal

¹ Uzman Doktor, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji Bölümü, guner.derya@yahoo.com

bulunmamaktadır. Genellikle kortikosteroid ve lokal anesteziik değişik dozlarda kombinasyonları kullanılmaktadır. Sıklıkla tercih edilen kortikosteroidler beta-metazon, metilprednizolon, deksametazon ve triamsinolon iken sıklıkla tercih edilen lokal anesteziikler ise lidokain, prilokain ve bupivakaindir(14,15). GON blokaj ile enjeksiyon bölgesinde lokal kanama, ödem, ekimoz, lokal ağrı, alopesi (kortikosteroidlere bağlı olarak), kutanöz atrofi (kortikosteroidlere bağlı olarak) ve senkop gibi yan etkiler gözlenebilir. İlaça dirençli EKBA ve KKBA da SPG bloğu tercih edilebilecek diğer bir girişimsel yöntem olarak karşımıza çıkar. SPG'nin uyarılması ile serebral kan akımı artar, vasoaktif intestinal peptid, asetilkolin ve nitrik oksit salınır, trigeminal nosiseptörler uyarılır ve baş ağrısı ortaya çıkar. SPG; anatomik lokalizasyonu ve trigemino-servikal reflektteki rolü ile küme baş ağrısı, migren, postherpetik nevralsi, trigeminal nevralsi ve diğer atipik fasiyal ağrı sendromlarının tedavisinde hedef bölgedir(4). SPG bloğu için çeşitli teknikler mevcut olsa da en basit ve kolay uygulanabilir olanı transnazal yaklaşımdır. Son zamanlarda bu işlem için intranasal kateterler kullanılmaya başlanmıştır. Ancak geleneksel yöntem pamuk uçlu çubuk ile blok uygulamaktır. Çeşitli lokal anesteziikler aynı GON bloğunda olduğu gibi SPG bloğunda da kullanılabilir, en sık kullanılan lokal anesteziik ise 2-3 ml %10'luk lidokaindir(2).

Sonuç olarak; medikal tedaviye yanıt alınamayan, tedaviyi tolere edemeyen ve/veya sık atağı olan hastalarda atak sıklığını azaltmak ve hastada akut rahatlama sağlamak amacıyla kolay uygulanabilen, minimal invaziv ve etkin bir yöntem olan transnazal sfenopalatin ganglion bloğu küme ve diğer trigeminal otonomik sefaljilerin tedavi seçenekleri arasında akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Küme baş ağrısı, sfenopalatin ganglion, transnazal sfenopalatin ganglion bloğu

KAYNAKLAR

1. https://www.eaneurology.org/fileadmin/user_upload/guidline_papers/EFNS_guideline_2011_Cluster_headache_and_other_trigemino-autonomic_cepahalgias.pdf
2. İssı Z, Öztürk V. Küme Başağrısı. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics 2018;11:66-73.
3. May A Update on the diagnosis and management of Trigemino-Autonomic Headaches.. J Neurol 2006;253:1525-1532
4. Robbins MS, Robertson CE, Kaplan E et al. The Sphenopalatine Ganglion: Anatomy, Pathophysiology, and Therapeutic Targeting in Headache. Headache 2016 Feb;56(2):240-58
5. Shah RJ1, Padalia D. Sphenopalatine Ganglion Radiofrequency Thermocoagulation. StatPearls Publishing; 2019 Mar 9.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
7. Kudrow L Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. Headache 1981;21:1-4.
8. Ekblom K, Monstad I A et al. Subcutaneous sumatriptan in the acute treatment of cluster headache: a dose comparison study. Prusinski The Sumatriptan Cluster Headache Study Group. Acta Neurol Scand 1993;88:63-69.

9. Cittadini E, May A, Straube A, Evers S, et al Effectiveness of intranasal zolmitriptan in acute cluster headache: A randomized, placebo-controlled, double-blind crossover study.. Arch Neurol 2006;63:1537-1542.
10. Burns B, Watkins L, Goadsby PJ. Treatment of medically intractable cluster headache by occipital nevre stimulation: Long-term follow-up of eight patients. Lancet 2007;369:1099-1106.
11. Antonaci F, Costa A, Candeloro E, et al. Single high-dose steroid treatment in episodic cluster headache. Cephalalgia 2004;25:290–295.
12. Ho KWD, Przkora R, Kumar S. Sphenopalatine ganglion: block, radiofrequency ablation and neurostimulation – a systematic review. J Headache Pain. 2017;18(1):118
13. Leone M, Franzini A, Broggi G, Mea E, et al Acute hypothalamic stimulation and ongoing cluster headache attacks. Neurology 2006;67:1844–1845.
14. Ashkenazi A, Matro R, Shaw JW et al Greater occipital nerve block using local anaesthetics alone or with triamcinolone for transformed migraine: a randomised comparative study.. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008;79:415-417.
15. Kashipazha D, Nakhostin-Mortazavi A, Mohammadianinejad SE et al Preventive effect of greater occipital nerve block on severity and frequency of migraine headache.. Glob J Health Sci 2014;6:209-213. doi: 10.5539/gjhs.v6n6p209