

BÖLÜM 119

TRİGEMİNAL OTONOMİK BAŞ AĞRILARI

Ayşe Aysima ÖZÇELİK¹

GİRİŞ

Trigeminal Otonomik Sefalaljiler (TAS), ipsilateral kraniyal otonomik özelliklerle birlikte ortaya çıkan tek taraflı baş ağrısı ile karakterize bir grup birincil baş ağrısı bozukluklarıdır. Çocukluk ve ergen başlangıçlı TAS'ler yetişkinlik döneminden çok daha nadirdir, ancak ağrının özellikleri, ilişkili semptomlar ve tedavilere yanıt açısından benzerlik gösterirler. Bununla birlikte, pediatrik başlangıçlı TAS tanısı genellikle birkaç ay- yıl süren gecikme sonrası ya da yetişkin dönemde tanı aldığında geriye yönelik sorgulama ile konulur. Bu nedenle baş ağrılarının tipik klinik tablolarının farkında olunması tanı koyma zamanını kısaltır ve tedavinin en kısa zamanda başlanmasını kolaylaştırır. Tablo 1'de 2018 sınıflaması verilmiştir¹.

Tablo 1: Trigeminal Otonomik Sefalaljiler

3. Trigeminal otonomik sefalaljiler
3.1 Küme baş ağrısı
3.1.1 Epizodik
3.1.2 Kronik
3.2 Paroksizmal hemikraniya (PH)
3.2.1 Epizodik

3.2.2 Kronik

3.3 Kısa süreli unilateral nöraljiform baş ağrıları

3.3.1 Konjunktival kızarıklık ve göz yaşarmasının eşlik ettiği unilateral nevralfiform kısa süreli ağrılar (SUNCT)

3.3.1.1 Epizodik

3.3.1.2 Kronik

3.3.2 Kraniyal otonomik semptomların eşlik ettiği unilateral nevralfiform kısa süreli ağrılar (SUNA)

3.3.2.1 Epizodik

3.3.2.2 Kronik

3.4 Hemikrania continua (HK)

3.4.1 HK, remisyonlu subtip

3.4.2 HK, remisyonlu subtip

3.5 Olası trigeminal otonomik sefalaljiler

3.1. KÜME BAŞAĞRILARI

Epidemiyoloji

Küme baş ağrılarının (KBA) prevalansı genel popülasyonda % 0,9; çocuk ve adolesanlarda ise % 0.1 olarak bulunmuştur; 2,5:1 oranında erkek cinsiyette daha fazla görülmektedir.^{2,3} Başlangıç ortalama yaşı 20 ila 40 arasındadır ve çocuklarda tipik olarak 11-14 yaşlarında gö-

¹ Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD., Aysimatürk@hotmail.com

öyküsü, bu iki komponenti daha iyi anlamayı ve doğru tanının gecikmemesini sağlar. Tanı için parenteral indometazin bulunamazsa, oral indometazin yanıtıtlığı görülmelidir. Unremitting formu en azından 1 yıldır devam eden, semptomsuz bir dönemin olmadığı süregelen bir baş ağrısı ile karakterizedir.

Sekonder hemikraniya kontinua genellikle post-travmatik olarak görülür. Cerrahi ile ilişkili (postkraniektomiye bağlı), intrakraniyal anevrizmalar, organ transplantasyonu sonrası, temporomandibuler eklem disfonksiyonu, servikal disk herniasyonu, intrakraniyal tümörler, HIV enfeksiyonu, internal karotid arter diseksiyonu, nazofarenks karsinomu gibi HK nedenlerin bildirildiği vakalar mevcuttur.^{27,28}

Tedavide indometazin ilk seçenektir. Yan etki nedeniyle kullanılamayan olgularda gabapentin, karbamazepin, amitriptilin, topiramat, COX2 inhibitörleri, melatonin kullanılabilir.^{27,28}

Uluslararası baş ağrısı sınıflamasında (ICHD-3-2018) Hemikrania kontinua tanı kriterleri¹ Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Hemikrania kontinua tanı ölçütleri

A. B-D kriterlerine uyan yarım baş ağrısı
B. Orta-şiddetli alevlenmelerin eşlik ettiği, en az 3 aydır devam eden süregelen baş ağrısı
C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en azından 1 veya fazlasını içermesi
1. Baş ağrısı ile aynı tarafta olacak şekilde aşağıdaki belirti veya bulgulardan en az 1'inin eşlik etmesi
- Konjoktival kanlanma ve/veya
- Nazal konjesyon ve/veya rinore
- Göz kapağı ödemi
- Alın ve yüzde terleme
2. Huzursuzluk veya ajitasyon hissi ya da hareketle baş ağrısının şiddetlenmesi
D. Indometazin'in tedavi dozlarına tam yanıt
E. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz

KAYNAKLAR

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1-211.
2. Lewis DW, Gozzo YF, Avner MT: The "other" primary headaches in children and adolescents. *Pediatr Neurol* 2005, 33:303-313.
3. Russell MB. Epidemiology and genetics of cluster headache. *Lancet Neurol*. 2004;3(5):279-283.
4. Kondev L, Minster A: Headache and facial pain in children and adolescents. *Otolaryngol Clin North Am* 2003, 36:1153-1170.
5. Goadsby PJ, Lipton RB: A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997, 120:193-209.
6. Antonaci F, Alfei E, Piazza F, De Cillis I, Balottin U. Therapy resistant cluster headache in childhood: case report and literature review. *Cephalalgia*. 2010;30(2):233-238.
7. Dasilva AF, Goadsby PJ, Borsook D: Cluster headache: a review of neuroimaging findings. *Curr Pain Headache Rep* 2007, 11:131-136
8. Mack KJ, Goadsby P. Trigeminal Autonomic Cephalalgias in Children and Adolescents: Cluster Headache and Related Conditions. *Semin Pediatr Neurol*. 2016 Feb;23(1):23-26
9. Rozen TD. Cluster headache with aura. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(2):98-100.
10. McNabb S, Whitehouse W. Cluster headache-like disorder in childhood. *Arch Dis Child*. 1999;81(6):511-512.
11. Lambrou G, Matharu M. Management of trigeminal autonomic cephalalgias in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep*. 2013 Apr;17(4):323
12. Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. *JAMA*. 2009;302(22):2451-2457
13. Sekhara T, Pelc K, Mewasingh LD, Boucquey D, Dan B. Pediatric SUNCT syndrome. *Pediatr Neurol*. 2005;33(3):206-207
14. Winner P, Rothner AD, Saper J, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sumatriptan nasal spray in the treatment of acute migraine in adolescents. *Pediatrics*. 2000;106(5):989-997.
15. Öksüz N, Özge A. Çocukluk çağı baş ağrıları. Ed: Türk Nöroloji Derneği Baş ağrısı Çalışma Grubu Uygulamaları. Baş ağrısı tanı ve tedavi güncel yaklaşımlar. Galenos yayınevi, İstanbul, 2018
16. Gelfand AA, Reider AC, Goadsby PJ. Outcomes of greater occipital nerve injections in pediatric patients with chronic primary headache disorders. *Pediatr Neurol*. 2014 Feb;50(2):135-139
17. Talvik I, Koch K, Kolk A, Talvik T: Chronic paroxysmal hemicrania in a 3-year, 10-month-old female. *Pediatr Neurol* 2006, 34:225-227
18. Broeske D, Lenn NJ, Cantos E: Chronic paroxysmal

- hemicrania in a young child: possible relation to ipsilateral occipital infarctions. *J Child Neurol* 1993, 8:235–236.
19. Gladstein J, Holden W, Peralta L: Chronic paroxysmal hemicrania in a child. *Headache* 1994, 34:519–520.
 20. deAlmeida DB, Cunali PA, Santos HL, et al.: Chronic paroxysmal hemicrania in early childhood: case report. *Cephalalgia* 2004, 24:608–609.
 21. Cittadini E, Matharu MS, Goadsby PJ. Paroxysmal hemicranias: a prospective clinical study of 31 cases. *Brain*. 2008;131:1142-1155.
 22. McAbee GN. A review of episodic and chronic pediatric headaches of brief duration. *Pediatr Neurol*. 2015 Feb;52(2):137-142
 23. Ekblom K, Svensson DA, Pedersen NL, Waldenlind E: Lifetime prevalence and concordance risk of cluster headache in the Swedish twin population. *Neurology* 2006, 67:798–803
 24. Mauritz MD, Enninger A, Wamsler C, Wager J, Zernikow B. Long-Term Outcome of Indomethacin Treatment in Pediatric Patients with Paroxysmal Hemicrania-A Case Series. *Children (Basel)*. 2021 Feb 3;8(2):101
 25. Unalp A, Ozturk AA. SUNCT syndrome in a child: a rare cause of paroxysmal headache. *Ann Saudi Med*. 2008;28:386–387.
 26. Martino GH. SUNCT syndrome (Short lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing): a rare case in a pediatric patient with favourable response to topiramato. *Arch Argent Pediatr*. 2008;106:40–46.
 27. Moura LM, Bezerra JM, Fleming NR. Treatment of hemicrania continua: case series and literature review. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012 Mar-Apr;62(2):173-187
 28. Viana M, Tassorelli C, Allena M, Nappi G, Sjaastad O, Antonaci F. Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review. *J Headache Pain* 2013;14(1):14.
 29. Arruda MA, Albuquerque RC, Bigal ME. Uncommon headache syndromes in the pediatric population. *Curr Pain Headache Rep*. 2011 Aug;15(4):280-288