

Bölüm 32

BAŞ BOYUN BÖLGESİ AĞRILARI VE VASKÜLİTLER

Nurdan YILMAZ¹

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastaların en sık başvuru sebebi ağrı olup, bu hastaların yaklaşık %10 ile %20'si kronik ağrıdan yakınmaktadır. Ağrı; fiziksel, davranışsal, emosyonel ve kognitif boyutları olan kompleks bir etki-leşim olarak kabul edilmektedir (1,2).

Ağrıya ve Vaskülitlere Genel Bakış

Ağrı ile polikliniklere sık başvuru nedenlerinden birisi olan baş ağrıları ile ilgili yapılan çalışmalarda 18-65 yaş arasında baş ağrısı prevalansı % 45-57.5; 65 yaş üzerinde ise % 14-59 olarak tespit edilmiştir (3-5). Bir diğer ağrı yakınması ile sık poliklinik başvurusu nedeni olan boyun ağrılarının yaşam boyu prevalansı ise %79.3 olarak belirlenmiştir (6).

Öte yandan özellikle komşuluk ilişkisi yönüyle baş-boyun ağrıları birbirleriyle karışabilmektedir. Hatta Baş Ağrısı Derneği'nin 2004 sınıflaması ile beraber “**Servikojenik Baş Ağrıları**” tanımlaması baş ağrısı türleri içerisinde yerini almıştır (Bkz.Servikojenik Baş Ağrıları).

Baş ve boyun ağrılarının bu kadar sık görülmesi ayırıcı tanısını çok önemli bir hale getirmektedir. Bu nedenle hem baş hem de boyun ağrıları için ayırıcı tanıyı kolaylaştırmak amacıyla “**Kırmızı Bayraklar**” tanımlanmıştır (Tablo 1) (7).

Odağı bilinmeyen ateş, kilo kaybı, yorgunluk, infeksiyon gibi farklı bir nedenle açıklanamayan inflamatuvar göstergelerde yükselme, cilt lezyonları (ürtiker, livedo retikularis, palpabl purpura, nodül, ülser, nekroz), nedeni açıklanamayan miyalji,

1 Dr. Öğr. Üyesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tokat. nurdanyilmazdr@hotmail.com

Beyin biyopsisi altın standart olma değerini korumaktadır. Klinik, radyolojik ve anjiyografik bulgular geniş bir ayırıcı tanının çözümlenmesinde önemlidir. Vaskülitlerin yaşamı tehdit eden özelliklerine karşın tanı ve tedavisinde uzlaşma yoktur.

Kognitif bozukluk, BOS' da protein artışı, serebral infarkt, manyetik rezonans görüntülemeye çok sıklıkla leptomenigeal gadolinyum tutulumu görülen olgularda tanı biyopsiye dayalıdır. Hasta grupları arasında klinik farklılık görülmesi etkilenen damarın çapı ve suladığı alanla ilişkilidir (44).

Tedavi

Her ne kadar PSSV, tek başına ya da siklofosamid ile kombine şekilde prednizolona iyi yanıt verirse (%80-85) de mortalite yüksektir. Olguların dörtte birinde relaps gözlenmektedir. Tek başına kortizon kullanımı ya da büyük damar tutulumu sık relapsa eşlik eder. İleri yaş, serebral infarkt, anjiyografik olarak geniş damar tutuluğu olduğunda mortalite ve morbidite yüksektir. Erken tanı ve tedavi kötü prognozu düzeltmektedir (45).

SONUÇ

Baş boyun ağrısına; nedeni bilinmeyen ateş , kilo kaybı, yorgunluk, infeksiyon gibi bir nedenle açıklanamayan inflamatuvar göstergelerde yükselme gibi farklı semptomların eşlik ettiği durumlarda vaskülitler akla gelmelidir. Vaskülitler, tanı ve tedavisi mümkün olan hastalıklardır ancak akla gelmediğinde ciddi bir morbidite ve mortalite olabilirler.

KAYNAKLAR

1. Göksoy T.(1998) Bel ağrıları. İstanbul.Eksen Matbaacılık. s. 1-19.
2. Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, ve ark. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6(2):95-101.
3. Biondi DM, Saper JR. Geriatric headache: How to make the diagnosis and manage the pain. *Geriatrics* 2000; 55(12): 43-45.
4. 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(2): 147-157.
5. Principe M, Casini AR, Ferretti C, et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack, frequency, disability and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70(3): 377-381.
6. Özdemir F, Karaoğlu L, Özfırat Ö. Malatya il merkezinde yaşayan bireylerde boyun, sırt ve bel ağrısı prevalansları ve etkileyen faktörler. *Ağrı*, 2013;25(1):27-35.
7. Dodick DW. Clinical practice. Chronic daily headache. *N Engl J Med.* 2006;354(2):158-65.
8. Barut K, Şahin S, Adroviç A, et al. Diagnostic approach and current treatment options in childhood vasculitis. *Türk Pediatri Ars* 2015; 50: 194-205.
9. Younger DS. Headaches and vasculitis. *Neurol Clin.* 2014;32(2):321-62. doi: 10.1016/j.ncl.2013.11.004.

10. Watts RA, Robson J. Introduction, epidemiology and classification of vasculitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018;32(1):3-20. doi: 10.1016/j.berh.2018.10.003.
11. Alkan Melikoğlu M, Bağcier F. Fall Risk and Related Factors in Systemic Lupus Erythematosus. *Arch Rheumatol*. 2017;32(3):216–220.
12. DeQuattro K, Imboden JB. Neurologic Manifestations of Rheumatoid Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43(4):561-571.
13. Cho HJ, Bloomberg J, Nichols J. Giant cell arteritis. *Dis Mon*. 2017;63(3):88-91. doi: 10.1016/j.disamonth.2016.10.006.
14. Weyand C.M, Goronzy J.J. .Medium- and large-vessel vasculitis. *N Engl J Med*, 2003; pp. 160-169.
15. Blair RJ, Ross JJ, Morris A, et al. A sleeping giant. *N Engl J Med*. 2011;365:72–7.
16. Arida A. , Kyprianou M. , Kanakis M., et al.The diagnostic value of ultrasonography-derived edema of the temporal artery wall in giant cell arteritis: a second meta-analysis.*BMC Musculoskeletal Disord*, 2010, p: 44.
17. Langford C. Takayasu arteritis. *Rheumatology* 7th Edition. 2019;14(165):1378–82.
18. Nakao K, Ikeda M, Kimata SI, et al. Takayasu's arteritis: clinical report of eighty-fourcases and immunologic studies of seven cases. *Circulation* 1967;35:1141–55.
19. Riehl JL, Brown J. Takayasu's disease. *Arch Neurol* 1965;12:92–7.
20. Grayson PC, Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, et al. Distribution of arteriallesions in Takayasu's arteritis and giant cell arteritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71:1329–34.
21. Omma A, Kamali S. Management of Takayasu Arteritis.*Turkiye Klinikleri J Rheumatol-Special Topics*. 2013;6(1):38-43.
22. Mahr A, Guillevin L, Poissonnet M, et al. Prevalences of polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener's granulomatosis, and Churg-Strauss syndrome in a French urban multiethnic population in 2000: a capture-recapture estimate. *Arthritis Rheum* 2004; 51:92.
23. Reinhold-Keller E, Zeidler A, Gutfleisch J, et al. Giant cell arteritis is more prevalent in urban than in rural populations: results of an epidemiological study of primary systemic vasculitides in Germany. *Rheumatology* 2000; 39:1396.
24. Guillevin L, Mahr A, Callard P, et al. Hepatitis B virus-associated polyarteritis nodosa: clinical characteristics, outcome, and impact of treatment in 115 patients. *Medicine* 2005; 84:313.
25. Ramos-Casals M, Muñoz S, Medina F, et al. Systemic autoimmune diseases in patients with hepatitis C virus infection: characterization of 1020 cases. *J Rheumatol* 2009; 36:1442.
26. Hasler P, Kistler H, Gerber H. Vasculitides in hairy cell leukemia. *Semin Arthritis Rheum* 1995; 25:134.
27. Carpenter MT, West SG. Polyarteritis nodosa in hairy cell leukemia: treatment with interferon-alpha. *J Rheumatol* 1994; 21:1150
28. Kallenberg CG, Brouwer E, Weening JJ, Tervaert JW. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies: current diagnostic and pathophysiological potential. *Kidney Int* 1994; 46:1.
29. Sönmez HE, Armağan B, Ayan G, et al. Polyarteritis nodosa:lessons from 25 years of experience. *Clin Exp Rheumatol*. 2019.117(2):52-56.
30. Pagnoux C, Seror R, Henegar C, et al. Clinical features and outcomes in 348 patients with polyarteritis nodosa: a systematic retrospective study of patients diagnosed between 1963 and 2005 and entered into the French Vasculitis Study Group Database. *Arthritis Rheum* 2010; 62:616.
31. Forbess L, Bannykh S. Polyarteritis nodosa. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(1):33-46.
32. Guillevin L, Mahr A, Cohen P, et al. French Vasculitis Study Group. Short-term corticosteroids then lamivudine and plasma exchanges to treat hepatitis B virus-related polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum*.2004. 15;51(3):482-7.
33. Guillevin L, Cohen P, Mahr A, et al. Treatment of polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis with poor prognosis factors: a prospective trial comparing glucocorticoids and six or twelve cyclophosphamide pulses in sixty-five patients. *Arthritis Rheum* 2003; 49:93.

34. Jennette JC, Falk RJ. Small-vessel vasculitis. *N Engl J Med* 1997; 337:1512.
35. Seo P, Stone JH. The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. *Am J Med* 2004; 117:39.
36. Jennette JC, Falk RJ. Small-vessel vasculitis. *N Engl J Med* 1997; 337:1512.
37. Seo P, Stone JH. The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. *Am J Med* 2004; 117:39.
38. Falk RJ, Hogan S, Carey TS, et al. Clinical course of anti-neutrophil cytoplasmic autoantibody-associated glomerulonephritis and systemic vasculitis. The Glomerular Disease Collaborative Network. *Ann Intern Med* 1990; 113:656.
39. Hoffman GS, Kerr GS, Leavitt RY, et al. Wegener granulomatosis: an analysis of 158 patients. *Ann Intern Med* 1992; 116:488.
40. Jayne D. The diagnosis of vasculitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2009;23(3):445.
41. Pagnoux C, Guillevin L. Treatment of granulomatosis with polyangiitis(Wegener's). *Expert Rev Clin Immunol.* 2015;11(3):339-48.
42. De Boysson H, Zuber M, Naggara O, et al. Primary angiiitis of the central nervous system: description of the first fifty-two adults enrolled in the French cohort of patients with primary vasculitis of the central nervous system. *Arthritis Rheumatol.* 2014;66(5):1315-26.
43. Salvarani C, Brown RD Jr, Calamia KT, et al. Primary central nervous system vasculitis: analysis of 101 patients. *Ann Neurol.* 2007;62(5):442.
44. İdiman E. Otoimmün vaskülitik sendromlara bağlı başağrısı. Başağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. Galenos Yayınevi, İstanbul, 2018.S: 253-259.
45. De Boysson H, Arquizan C, Touzé E, et al. Treatment and Long-Term Outcomes of Primary CentralNervous System Vasculitis. *Stroke.* 2018;49(8):1946-1952.