



5. BÖLÜM

Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

Süeda Ecem YILMAZ¹

TANIM VE KLİNİK

Trigeminal otonomik sefaljiler (TAS'ler), yaygın olmayan, ancak oldukça ağrılı olan primer baş ağrılarının içinde sınıflandırılmış bir grup baş ağrısının genel adıdır. TAS'ler, küme baş ağrısı, hemikraniya kontinua, paroksizmal hemikraniya ve kısa süreli unilateral nevraljiform baş ağrılarını (SUNCT/SUNA) içerir. Bu tanımlar benzer klinik özellikleri paylaşır ancak sıklık, süre, tetikleyiciler ve tedavi açısından farklılık gösterir (Tablo 1) Tüm TAS'ler, trigeminal sinirin birinci dalı tarafından innerve edilen bölgede tek taraflı, yoğun ağrı ile kendini gösterir. İpsilateral, parasempatik kraniyal otonomik özellikler, ataklar sırasında klinik spektrumun bir parçasını oluşturur.[1] TAS'lerin, hipotalamus tarafından modüle edilen trigeminal ve kraniyal otonomik sistemlerdeki ve bunların bağlantılarındaki işlev bozukluğundan kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu sendromlar, klinik özelliklere, tipik tetikleyicilere, tedaviye yanıt verme durumuna göre ve altta yatan ikincil bir nedenin dışlanmasıyla tanı alırlar.[2]

¹ Arş. Gör. Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD.,
secemyilmaz@hotmail.com

berinde getirmektedir. Bu nedenle hastaları sahip oldukları hastalık konusunda bilgilendirmek ve tedavi yönetimini hasta ile beraber ele almak, hastalığın benign durumu hakkında hastayı aydınlatmak ve tedaviye dirençli durumlar hakkında bilgi vermek, tedavinin ömür boyu olmasa bile uzun süreli olacağını söylemek gerekmektedir. Eğer biliniyorsa ağrı tetikleyicilerinden kaçınılması ve fiziksel egzersiz teşvik edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Björk MH, Kristoffersen ES, Tronvik E, Egeland Nordeng HM. Management of cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias in pregnancy and breastfeeding. *European Journal of Neurology* 2021
2. Nahas SJ. Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology* 2021;**27**(3):633-51
3. Society HCCotIH. The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia* 2013;**33**(9):629-808
4. Hoffmann J, May A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. *The Lancet Neurology* 2018;**17**(1):75-83
5. Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. *Jama* 2009;**302**(22):2451-57
6. Robbins L. Intranasal lidocaine for cluster headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1995;**35**(2):83-84
7. Chan C, Goadsby PJ. CGRP pathway monoclonal antibodies for cluster headache. *Expert opinion on biological therapy* 2020;**20**(8):947-53
8. Stubberud A, Tronvik E, Matharu M. Treatment of SUNCT/SUNA, Paroxysmal Hemicrania, and Hemicrania Continua: An Update Including Single-Arm Meta-analyses. *Current Treatment Options in Neurology* 2020;**22**(12):1-21
9. Bodle J, Emmady PD. Chronic Paroxysmal Hemicrania. *StatPearls* [Internet] 2020
10. Paliwal VK, Uniyal R. Paroxysmal Hemicrania: An Update. *Neurology India* 2021;**69**(7):135
11. Arca KN, Singh RBH. SUNCT and SUNA: an Update and Review. *Current pain and headache reports* 2018;**22**(8):1-6
12. Duggal AK, Chowdhury D. SUNCT and SUNA: An Update. *Neurology India* 2021;**69**(7):144
13. Benoliel R, Sharav Y, Haviv Y, Almozino G. Tic, triggering, and tearing: from CTN to SUN-HA. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2017;**57**(6):997-1009
14. Hameed S, Sharman T. Hemicrania Continua. *StatPearls* [Internet] 2021