

## CLUSTER BAŞAĞRISINDA YENİ GÖRÜŞLER

Uzm. Dr. Sema TUNCER\*, Doç. Dr. Can TUNCER\*\*, Dr. Serhad KANGÖZ\*\*\*

### ÖZET:

Bu makalede cluster başağrısı hakkında bazı tipik özellikler ve tedaviyi ilgilendiren yeni kavramlar gözden geçirilerek, yeni bildiriler esas alınıp tartışılmıştır.

### SUMMARY:

In this article some typical features of cluster headache and new concepts, especially the ones considering the therapy of cluster headache were reviewed and also discussed on the basis of some recent reports.

Cluster başağrısı ilk defa 1840'da Romberg tarafından tarif edilmiştir (4). Bir vasküler başağrısı çeşitli olarak tanımlanması, 1878'de Eulenburg tarafından yapılmıştır. Eulenburg "hemiparalytica" ya da "hemiparalytica" isimlerini vermiştir. Daha sonra, Sluder Sendromu (1910), Bing Sendromu (1913), migrenli nevralsi (1926) silier nevralsi (1947), Horton Sendromu ya da histamin sefalalji (1939, 1952) adlarıyla tanımlanmış ve nihayet Kunkle günümüzde tercih edilen "cluster başağrısı" terimini kullanmıştır. (1,2,4). Kunkle, bu terimi kullanırken, başağrısı ataklarının tipik özelliğinin birbirine yakın paketlenmiş gruplar ya da öbekler, birikimler ("cluster") halinde oluşan dikkat çekmiştir.

Görülme sıklığı: Normal nüfusta görülme oranı onbinde 4, migrenli hastalarda ise yüzde 2-4 arasındadır (2).

Başlangıç yaşı: Her yaşta görülebilirse de, vakaların büyük bölümü 20-40 yaşları arasındadır. Çocuklarda çok seyrek (1).

Cinsiyet dağılımı: Erkeklerde 5-7 misli daha sık görülür (1,2,4).

Genetik özellikler: Migrenin aksine cluster başağrısında kalıtsal geçiş çok seyrek (2).

Kişilik özellikleri: 1978'den sonra MMPI (Minnesota Kişilik Envanteri) ile yapılan çalışmalarda migrenli ve cluster başağrılı hastaların eskiden kabul edildiği gibi mükemmeliyetçi, katı, obsesif-kompulsif bir kişilik yapısına sahip

olmadıkları bildirilmiştir (4).

Semptomatoloji: Cluster başağrısı ve remisyon dönemleri süre bakımından farklılık gösterirler. Cluster başağrısı dönemleri ortalama 6-8 hafta, remisyon dönemleri ise 9-12 ay sürebilir. Remisyon dönemi 2 ay gibi kısa olabileceği gibi 6 yıl kadar uzun bir süreyi de kapsayabilir. (2) İstisnalar dışında cluster dönemlerinde ataklara yatkınlık artar. Ataklar genellikle günde 1-3 kez olur ve 10-30 dakika sürer, aura yoktur. Bulantı ve kusma çok seyrek olarak görülür. Ağrı unilateraldir, şiddetli olarak ani başlar; yanma ve bıçak saplanması şeklinde hissedilir, zonklayıcı değildir. Cluster başağrısı periorbital bölge, temporal bölge, kulak, boyun (yukan tip) veya yanaklar, dişler, dil ve karotis bölgesini (aşağı tip) kapsayabilir. Ağrıya birçok semptom eşlik edebilir, özellikle ipsilateral konjonktivanın lakrimasyonu ve iritasyonu patognomiktir. Sıklıkla nazal mukrozanın şişmesi nedeniyle ipsilateral rinore veya rinostenoz görülür. Bazen yüzde ipsilateral veya bilateral terleme olabilir; hatta terleme bitin vücutta gözlenebilir (4). Termografik incelemelerde ipsilateral tarafta ısı azalması ve kontralateral tarafta ise ısı artması ("Chai" işareti) tesbit edilmiştir (5). Supraorbital, temporal ve anastomoz yapmış damarlarda, belirgin ısı artışına bağlı olarak Chai işareti ortaya çıkmaktadır. Bu hemodinamik değişikliklerin nasıl oluştuğu henüz bilinmemektedir ancak fizyopatolojik aktif bir shunt sonucu olabileceği ileri sürülebilir (5).

Ataklar esnasında ipsilateral temporal arterde belirgin genişleme olur ve pulsasyonlar farkedilebilir. Bazen Bernard-Horner Sendromu görülür (4). Hastalar ağrı esnasında migrenli hastaların aksine sürekli hareket etme isteği duyarlar. Bu durum patognomik olarak değerlendirilebilir.

Cluster hastalarının yüzlerinin görünümü ile ilgili olarak arslan yüzü ifadesi (leontiasis ossea) kullanılmıştır. Belirginleşmiş yüz kıvrımları ve kemik yapısı böyle bir görünüme sebep olabilir (2).

\*SSK İstanbul Hastanesi Nöroloji Kliniği. \*\*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. \*\*\*Şişli Etfal Hastanesi Nöroloji Kliniği.

Cluster başağrısının iki majör tipi vardır. Episodik tip en yaygın olanıdır (%80). Episodik cluster başağrısı, cluster periyodları ve remisyon dönemleri şeklinde seyrederek kronik cluster başağrısı terimi, en azından 12 ay boyunca remisyon dönemi görülmeyen vakalarda kullanılır (1,2).

Cluster başağrısı ve trigeminal nevralsi birlikte görülebilir. Bu durumda "Cluster- Tic Sendromu" terimi kullanılır.

**Patogenez:** Horton'dan beri cluster başağrısının histaminin rolü bilinmektedir. Histaminin ataklar esnasında üriner atılımının arttığı ve incelenecek 22 hastanın 19'unda kan düzeyinin ağrısız dönemlere göre %20 yüksek bulunduğubildirilmiştir. Ancak tüm bu bulgulara rağmen, sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda H1 ve H2 reseptör antagonistlerinin profilaktik bir değerinin olmadığı saptanmıştır. Cluster vakalarının kan düzeylerinde migrenli hastaların tersine değişiklik bulunmamıştır (4).

Kudrow'un (1980) cluster vakalarında, plazma testosteron seviyelerini incelemesi ile başlayan çalışmalarda, cluster dönemleri sırasında plazma testosteron ve luteinize hormon seviyeleri anlamlı derecededüşük bulunmuştur (1,3). Ancak trigeminal nevralsi ve retiküler ağrı sendromlarında da aynı değerler bulunabildiğinden bu düşük seviyelerin hipotalamik-hipofizer sistemde disfonksiyona yol açan bir süreçten ziyade ağrının sonucu olduğu da düşünülmektedir (1,3).

**Tedavi:** Drog seçimi cluster başağrısının tipine, atakların sıklığına, süresine ve hastanın yaşına bağlıdır. Alkol birçok vakada hastalık döneminde atakları ortaya çıkarırsa da remisyon dönemlerinde etkili olmaz.

Aşağıda cluster başağrılarında etkin olan bazı ilgi uygulamalardan söz edilecektir:

**Ergotamin:** İlk birkaç atakta ağrının tahmin edilen zamanından 1-2 saat önce ergotamin verilmesi başağrısının önlenmesinde yararlı olabilir. Örneğin, hasta genellikle gece yarısı ağrı ile uyanıyorsa, yatarken 2 mg. ergotamine tartarate tercihan 600 mg. aspirin ya da benzeri bir analjezik ile beraber verilebilir. Eğer ağrı 24 saat içerisinde birden fazla tekrarlırsa, ergotamin günde iki defa verilebilir. Bazı hastalarda, ataklar ilerleyici şekilde daha şiddetli olabilir ve ergotamine ile sonuç alınmayabilir. O zaman, bir görüşe göre, üç gece 60 - 75 mg. gece dozu olarak prednisone verilip, tedricen cluster ağrılarını kontrol eden en düşük doza kadar indirilebilir. En düşük doz daha sonra başağrısı döneminin sonuna kadar

kullanılabilir. Bu tedavi hastaların %80'inde etkili bulunmuştur. Eğer ağrılar bu önlemlere rağmen sürerse oksijen inhalasyonu yararlı olabilir. Nöbetler esnasında ergotaminin sublingual ve inhalasyon tipleri de kullanılabilir. Sublingual uygulamalar 15 dakikalık aralarla bir ya da iki kez tekrarlanabilir. İnhalasyon yoluyla kullanılanlar ise, ataklarda beşer dakikalık aralıklarla üç kez kullanılabilir (4,6).

**Oksijen inhalasyonu:** Cluster ataklarının tedavisinde kullanılan etkili bir methoddur. %70-80 oranları arasında değişen başarıdan söz edilir. %100 oksijen hasta oturur pozisyonda yüz maskesi ile dakikada 7 Lt. olarak uygulanır. Hasta normal şekilde solur ve 15 dakikadan daha uzun süre tedaviye devam edilmez. Atak geçtiğinde tedaviye son verilir. Oksijenin cluster atakları üzerinde etkili olmasının nedeni bilinmekteyse de, inhalasyon esnasında serébral kan akımının azaldığı saptanmıştır. Yararlı olmasının 'carotid body' üzerine inhibitör etkisi nedeniyle olduğu düşünülmektedir (4,6).

**Lityum:** Ekblom (1974), clustertedavisinde lityumun etkinliğini bildiren ilk yazardır (2). Tedavide günde 900 - 1200 mg. olarak kullanılır. Düşük dozla başlanıp yavaş yavaş artırılır. Bazı hastalarda bir hafta sonra belirgin iyileşme elde edilir, diğerlerinde ise daha uzun süre cevap alınır. Lityum daha çok 45 yaşın üzerindeki epizodik vakalar ve kronik vakalarda kullanılır. Lityum tedavisinin alkolün neden olduğu nöbetleri önleyemediği bildirilmiştir. Lityum tedavisinde en sık görülen yan etkiler tremor, letarji ve diyaredir. Ayrıca uykusuzluk, sersemlik, abdominal ağrı ve kusma olabilir. Seyrek olarak tedavi esnasında "lityum başağrısı" meydana gelebilir. Lityum başağrısı, oksipital bölgede zonklayıcı karakterde olduğundan ve lityum kesildiğinde kaybolduğundan cluster başağrısından kolaylıkla ayırtedilebilir (2,4). Lityumun terapötik alanı kanda 0,7-1,2 mEq/L. olarak bilinir (6). Tedavi esnasında ayrıca psikotik reaksiyon, hipokalemi ve hipotiroidizm gelişebilir. 12 hafta sonra lityum dozajı 300-700 mg.'a düşürülebilir. Lityum hücre membranlarına, elektrolit metabolizmasına (Na, Ca, K) etkilidir. Merkezi Sinir Sistemi'nde elektriksel ileti üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Antidiyaretik hormonon (ADH) etkisini inhibe eder, uykunun RM fazını azaltır.

Lityumun cluster başağrısında etkili görülmesine rağmen klasik ve olağan migrende etkinliği-ne dair az sayıda yayın vardır. Diamond ve Medi-

na (1981, özellikle siklik seyir gösteren klasik ve olağan migren vakalarında lityumun yararlı olduğunu bildirmişlerdir (1).

Lityumun cluster başağrısında yararlı görülmesi ve lityumun psikiyatride bipolar affektif bozukluklarda özellikle profilaksizde temel ilaç olarak kullanılması, periodisite yönünden benzerlikleri olan bu iki hastalık grubu arasında yakınlık olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Klinik gözlemlerimize göre, başağrıları depresyonun önde gelen bir belirtisi olarak da ortaya çıkmaktadır. Yine, gerek bipolar affektif hastalıklarda, gerekse cluster başağrılarında ataklar mevsimsel bir düzen gösterebilir. Örneğin, sıklıkla baharlarda ortaya çıkmaları gibi (1,7). Özellikle erkek cluster vakalarında psikosomatik yani ağır basan peptik ülser hastalığının daha sık görülmesi (1,2), cluster başağrısı ve bipolar affektif bozukluk arasında, gerek gösterdikleri periodisite ve gerekse lityuma verdikleri olumlu cevap nedeniyle ilgi çekici olmakta ve yeni çalışmaların yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Testosteron: Cluster döneminde kan testosteron düzeyinin düştüğü ve remisyon periyodunda tekrar normale döndüğü Kudrow ve Klimek tarafından saptanmıştır (1,3). Testosteron seviyesinin düşük olması belkide ağrıya karşı nonspesifik bir cevap olarak alınabilir. Klimek, testosteron uygulanmasının cluster başağrısının episodik şeklinde etkili olduğunu, fakat kronik şeklinde yetersiz kaldığını bildirmiştir. Bu çalışmada hastalara 7-10 gün, günde 25 mg. intramuskuler testosteronum propionicum ve sonra aynı süre içinde günde 10 mg. testosteronum yine intra muskuler olarak uygulanmıştır (3).

Son zamanlarda kalsiyum kanal blokerleri verapamil nifedipine, nimodopine gibi drogların kronik cluster başağrısında birkaç aylık kulla-

nımdan sonra pek çok vakada yararlı olduğu bildirilmiştir. Bu ilaçların vazodilatör etkileri nedeniyle ilaç dozu artırmı yavaş yapılmalıdır. Başlangıç dozu yüksek olursa cluster ağrıları uyarılabilir. Verapamilin günde iki kez 20 mg.lık dozdan yavaş yavaş 320 mg.a çıkılması önerilir. Hasta beta-bloker kullanıyorsa, kardiak arrest riski nedeniyle verapamil adeleden uygulanmalıdır. Nifedipinin günlük dozu 30-120 mg., nimodipinin ise maksimum 240 mg. olarak bildirilmiştir. Kalsiyum kanal blokerlerinin yan etkileri ise ateş basması, postural hipotansiyon, taşikardi, yorgunluk hissi ve başağrısıdır (6).

#### KAYNAKLAR:

1. DIAMOND, S., DALESSIO, D.J.: The Practicing PhysicianS. Approach to Headache. 3rd Edition, 59-66, Williams and Wilkins, 1982.
2. HEYCK, H.: Headache and Facial Pain (translated by Navin Dalal), 113-133, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1981.
3. KLIMEK, A.: Use of Testosterone in The Treatment of Cluster Headache, European Neurology. Vol: 24:53-56, 1985
4. KUDROW: L.: Cluster Headache: New Concepts Symposium on Headache, Neurologic Clinics. Vol. I, No. 2, 369-383, May 1983.
5. KUDROW, L.: A Distinctive Facial Thermographic Pattern in Cluster Headache - the "Chai" Sign, Headache Vol. 25,33-36, 1985.
6. LANCE, J.W.: Migraine and Cluster Headache, Current Therapy in Neurologic Disease. 1985-986 (Edited by R.T.Johnson), 81-85, The C.V. Mosby Company, 1985.
7. SACKS, O.: Migraine, 130-137, Pan Books Ltd. London, 1981.
8. WATSON, P., EWANS, R.: Cluster-Tic Syndrome Headache, 25: 123-126, 1985.

## PSİKOSEKSÜEL DİSFONKSİYONLARIN TEDAVİSİ

Doç. Dr. M.Haluk ÖZBAY\*, Dr. Erol GÖKA\*\*, Psikolog Serpil GÜNGÖR\*\*\*

#### ÖZET:

Bu makalede sex terapi teknikleri temel alınarak psikoseksüel disfonksiyonların tedavilerinden söz edilmiştir.

#### SUMMARY:

In this article treatment of psychosexual dysfunctions are discussed on the base of sex therapy technics.

\*SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi. \*\*SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Asistanı.

\*\*\*SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği Psikoloğu.