

Sunct Sendromu Olan Bir Olguda Spect Bulguları

Seyfi Arslan*, Yusuf Tamam**, İsmail Apak**, Banu Tamam***

ÖZET

Konjunktival kızarıklık ve göz yaşarmasının eşlik ettiği unilateral kısa süreli nevralfiform ağrılar (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)) sendromu nadir görülen trigeminal kaynaklı baş ağrıları arasında sınıflandırılmaktadır. Genellikle tek taraflı oftalmik sinir alanında hafif-orta şiddetli paroksizmal gruplar halinde gelen ağrı ve buna eşlik eden otonomik bulguların varlığı ile ayırt edilir. Etiyolojisi kesin olarak belirlenebilmiş değildir, ancak buna yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Bu olgu sunumu ile oldukça nadir görülen SUNCT sendromu atağı sırasında saptadığımız SPECT bulgularını aktarmayı ve bulgularımızın hastalığın etiyolojisine yönelik olası katkılarının tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler. SUNCT Sendromu, Baş Ağrısı, SPECT

Spect Findings in a Case of Sunct Syndrome

SUMMARY

Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and Tearing (SUNCT) syndrome is classified in the rarely seen headaches of trigeminal origin. In its distinction paroxysmal groups of pain with low-moderate intensity which is generally unilateral and confined to the ophthalmic nerve region accompanied with autonomic symptoms is important. The etiology has not been exactly defined yet, but there are several studies going on over this subject. With this case report, we would like to present the cerebral Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) findings of a patient during an attack of SUNCT syndrome to contribute the discussion relevant to the etiology of the disorder.

Key Words: SUNCT Syndrome, Headache, SPECT

GİRİŞ

Konjunktival kızarıklık ve göz yaşarmasının eşlik ettiği unilateral kısa süreli nevralfiform ağrılar sendromu (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)), ilk kez 1989 yılında Sjaastad tarafından tanımlanmıştır. Nadir görülen bu sendromda, erkek/kadın oranı 17/2'dir (1). Ortalama görülme yaşı 50 yaş civarındadır (2).

Trigeminal sinirin oftalmik dalı innervasyon bölgesinde bir takım otonomik bulguların eşlik ettiği paroksizmal baş ağrısı atakları ile karakterizedir (3). Paroksizmal atakların arasın-

da iyilik dönemleri vardır(4). Atak sayısı gün içerisinde 3 ile 200 arasında ve kural olarak tek taraflıdır. Ortalama bir atak 5-240 saniye arası sürer ve genellikle bir dakikanın altındadır. Ağrı genellikle orbital, supraorbital ve temporal bölgeye sınırlıdır. Atakların çoğunda ağrı; pulsatil, zonklayıcı karakterde, orta ya da ileri derecede yanma, bıçak saplanması ya da elektrik çarpması şeklinde oluşur. Ağrı hafif orta şiddette algılanır. Ağrılara aynı taraflı olmak üzere anormal vasomotor reaktivite ile birlikte değişik otonomik bozukluklar eşlik eder; gözde konjunktival kızarıklık, sulanma ve

* Sistem Tıp Merkezi Nöroloji Kliniği / Mersin ** Dicle Üniv. Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı / Diyarbakır

*** Diyarbakır Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği / Diyarbakır

intraoküler basınç artışı, burunda, nefes alma zorluğu ve akıntı, üstte fazla olmak üzere göz kapağı ödemi oluşur. Bazen subklinik terleme tabloya eklenir. Ağrılar genellikle trigeminal sinirin innervasyon alanlarından her hangi bir noktanın uyarılması nadir olarak ekstra-trigeminal bölge uyarılması ile de tetiklenebilir. Ataklar gündüzleri fazla akşamları nadirdir (5). Konvansiyonel tedavilere, özellikle indometazine cevapsızdır (6,7).

Sendrom trigeminal nevraljiler grubu içerisinde değerlendirilir. Kesin etyolojisi bilinmemektedir. Bir grubunda ağrının olası nedeni; sinir trasesi boyunca her hangi bir noktaya, özellikle miyelinsiz olan kök kısmına damarsal basıdır (8). SUNCT sendromu, Uluslararası Başağrısı Derneğinin (IHS) 2003 yılında yayınladığı 'Başağrısı Hastalıklarının Uluslararası Sınıflandırılması' kılavuzunda, birincil başağrıları içerisinde, küme baş ağrıları ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları alt başlığı olarak 3.3 numarası ile tanımlanmıştır (7).

Bu olgu sunumu ile oldukça nadir görülen SUNCT sendromunun atak sırasında saptadığımız SPECT bulgularını aktarmayı ve bulgularımızın hastalığın etyolojisine yönelik olası katkılarının tartışılması amaçlanmıştır.

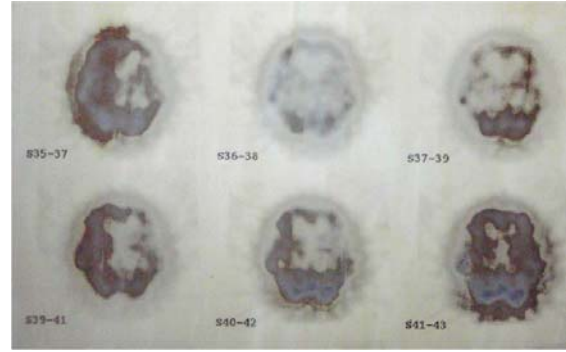
OLGU

Ellibir yaşında erkek hasta üç yıl önce başlayan ataklar halinde gelen epizodik kısa süreli baş ağrısı yakınması ile başvurdu. Ağrıları sağ göz çevresine lokalize kısmen de sağ frontal bölgeye doğru uzanıyordu. Ağrıları günde 80-100 kez tekrar ediyor ve her atak yaklaşık 10-20 saniye arasında sürüyordu. Ağrı atağına göz yaşarması ve kızarıklık, burun tıkanıklığı ve zaman zaman da burun akıntısı eşlik ediyordu. Ağrılar hafif bazen de orta şiddetliydi. Atak dönemlerinde akşamları ağrının şiddet ve sıklığı uyumasına izin verecek kadar azalıyor ama tamamen düzelmeyordu. Bulantı, fotofobi ve fonofobi olmuyordu. Ailede migren öyküsü yoktu. Kullandığı ilaçlardan bazıları ağrılarını kısmen düzeltiyordu. Hasta vizüel analog skala (VAS) da ağrı şiddetini 4-5 arasında değerlendirdi.

Sistemik bakısında; sistolik ve diastolik kan basıncı 135/80 mmHg, kardiovasküler, solunum, gastrointestinal ve genitoüriner

sistemleri doğaldı. Sağ gözde konjunktival injeksiyon ve minimal göz kapağı ödemi, sağda daha fazla olmak üzere nazal konkalarda hiperemi ve konjesyon saptandı. Nörolojik bakısında; sağ elini kullanan bilinci açık, koopere erkek hasta olduğu gözlemlendi. Kranial alan, serebellar, duyu, piramidal ve ekstra piramidal sistem muayenesi normal sınırlardaydı.

Etyolojiye yönelik olarak yapılan rutin laboratuvar incelemelerinde; kranial manyetik rezonans görüntülemesi (MR) ve MR Anjiyografi normaldi. Ağrı sırasında yapılan Beyin Perfüzyon SPECT incelemesinde (Tc 99m-HMPAO SPECT); sol parietotemporal bölgede perfüzyon artışı izlendi (Şekil 1).



Şekil 1. SUNCT'lu hastanın serebral SPECT görüntülemesinde sol temporoparietal bölgede perfüzyon artışı

Tedavisinde ise, yeterli doz sürelerde; nonsteroid antiinflamatuvarlar, anti epileptikler, steroidler, triptanlar, opioid ve non opioid analjezik ajanlar denenmiş ancak 1800 mg/gün gabapentin ve 50mg/gün tramadol kombinasyonundan kısmi fayda görmüştü.

TARTIŞMA

SUNCT sendromunu, trigeminal nevraljilerin otonomik semptomlarla birlikteliği olarak algılamak gerekir. Kesin etyolojisi bilinmemektedir. Etiyolojisi bulunan grupta olası neden sinir trasesinde her hangi bir noktaya damarsal basıdır. Ağrı bir kan damarı tarafından, en fazlada sinirin henüz miyelinsiz olduğu kök kısmına dolanan superior serebellar arter tarafından tetiklendiği gösterilmiştir (7,9).

Konvansiyonel ve MR gibi ileri yapısal görüntüleme yöntemlerinin etyolojiyi aydınlatmadığı olgularda fonksiyonel ve fonksiyonel-yapısal inceleme yöntemlerinin kullanılmasına gereksinim duyulmaktadır (7). Bu noktada

özellikle fokal kortikal perfüzyon bozuklukları ve fonksiyonel patolojilerle birlikte seyreden hastalıklarda beyin perfüzyon değişikliklerini görüntüleyebilen SPECT kullanımı gündeme gelmektedir. Hastada kan-beyin bariyerini kolayca geçen ve beyindeki dağılımı son derece iyi, lipofilik bir beyin perfüzyon görüntüleme ajanı olan Tc99m-HMPAO ile inceleme yapılmıştır. Ağrı paroksizminin başladığı dönemde radyoaktif ajan vererek 10 dakika sonra yaptığımız incelemesi süresince hastada on üç kez ağrı atağı oluştu. Ataklar sırasında yapılan serebral SPECT görüntülemesinde; sol temporoparietal bölgede perfüzyon artışı izlendi, beyin sapı ve diğer serebral perfüzyon değişimi izlenmedi (Şekil 1).

Literatürde atak sırasında SPECT incelemesi yapılan iki olguda iki hemisfer arasında tracer tutulumu açısından bir fark olmadığı ve simetrik serebral perfüzyon izlendiği bildirilmiştir (10). Cohen (11), 9 primer SUNCT hastasının fonksiyonel görüntülemesini değerlendirdiği bir çalışmada; hastaların 7'sinde posterior hipotalamus bölgesinde pozitif aktivasyon görüldüğünü, bunlardan 5'inde bilateral, 2'sinde atağın görüldüğü bölgenin kontralateralinde aktivasyon olduğunu saptamıştır. Diğer iki hastada ise ağrı ile aynı tarafta negatif aktivasyon belirlenmiştir. Paroksizmal hemikrania ve hemikrania kontinuası olan hastalarla yapılan PET gibi fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında kontralateral hipotalamik bölgede aktivasyon görüldüğünü bildirmişlerdir (12,13). Bu bulgular hipotalamusun SUNCT gibi primer trigeminal otonomik baş ağrıları için merkezi bir rol üstlenebileceğini düşündürmüştü, ancak bu konuda kesin bir sonuca varabilmek için eldeki bulguların çok yeterli olmadığı belirtilmiştir.

Tek olguya dayanarak bir genelleme yapılması mümkün olmamasına karşın, literatürde bildirilen olgu sayısının az olması olgumuzu değerli kılmaktadır. Ağrı sırasındaki SPECT incelemesi sırasında saptadığımız sol temporoparietal bölgedeki hiperfüzyon ağrının nedenini değil ancak sonucunu göstermek adına anlamlı olabilir. Ağrı atakları ve ataklar arasında perfüzyon kayıtlaması devam ettiği için sol temporoparietal traser tutulumunun ağrının nedenini mi yoksa sonucunu mu gösterdiğini ayırt edemedik. Ancak sağ elini kullanan

kişilerde beynin sol pariyetal korteksi, temel duyu alanı temsil ettiği için, elde ettiğimiz fonksiyonel görüntüleme daha çok ağrının algılanmasını göstermektedir.

Yapısal görüntüleme yöntemleri gibi fonksiyonel görüntüleme yöntemi olan SPECT de SUNCT sendromunun etyolojisini aydınlatmakta yetersiz kalmaktadır. Daha çok olgu üzerinde SPECT ya da diğer görüntüleme yöntemleri yapılacak geniş çalışmaların, etyolojiye ve buna paralel olarak tedavinin netleşmesine katkıda bulunacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Cohen AS, Matharu MS, Goadsby PJ. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) or cranial autonomic features (SUNA)—a prospective clinical study of SUNCT and SUNA. *Brain*. 2006;129: 2746–2460.
2. D'Andrea G, Granella F. SUNCT syndrome: the first case in childhood. *Cephalgia* 2001; 21: 7001–7002.
3. Sesso RM, SUNCT syndrome or trigeminal neuralgia with lacrimation and conjunctival injection, *Cephalgia* 2001;21:151-153
4. Di Monda V. Chronic paroxysmal hemicrania and SUNCT syndrome. *Ital J Neurol Sci*, 1999; 20: 49–52.
5. Pareja JA, Cuadrado ML. SUNCT syndrome: an update. *Expert Opin Pharmacother*. 2005; 6: 591–599.
6. Graff-Radford SB. SUNCT syndrome responsive to gabapentin. *Cephalgia* 2000; 20: 515–517.
7. Öztürk V. Nadir görülen baş ağrısı sendromları. *Agri* 2007; 19: 5-16.
8. Alore PL, Jay WM, Macken MP. SUNCT syndrome: Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing. *Semin Ophthalmol*. 2006;21: 9–13.
9. El Amrani M, Massiou H, Bousger MG. Idiopathic SUNCT (short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating and rhinorrhea) syndrome: 2 new cases. *Rev Neurol*, 2001; 157: 1519–1524.



10. Poughias L, Aasly J. SUNCT syndrome: cerebral SPECT images during attacks. *Headache*. 1995; 35: 143–145

11. Cohen AS. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing. *Cephalalgia* 2007; 27: 824–832.

12. Matharu MS, Cohen AS, Frackowiak RS, Goadsby PJ. Posterior hypothalamic activation in paroxysmal hemicrania. *Ann Neurol* 2006; 59: 535–545.

13. Matharu MS, Cohen AS, McGonigle DJ, et al. Posterior hypothalamic and brainstem activation in hemicrania continua. *Headache* 2004; 44: 747–761.

14. May A. Headache: lessons learned from functional imaging. *Br Med Bull* 2003; 65:223-234.

Yazışma Adresi

Yusuf TAMAM

Dicle Üniv. Tıp Fak. Nöroloji A.D. /Diyarbakır

E-mail: yusuta@yahoo.com

