

KRONİK TEKRARLAYAN BAŞAĞRILARININ ETYOLOJİSİNDE RİNOSİNOJENİK NEDENLER

RHINOSINOGENIC CAUSES IN THE ETIOLOGY OF CHRONIC RECURRENT HEADACHES

Dr. Mustafa TÜZ (*), Dr. Kemal UYGUR (*), Dr. Harun DOĞRU (*)

ÖZET: Baş ağrısı ile gelen hastalar KBB pratiğinde önemli yer tutarlar. Bu çalışmada esas şikayet olarak baş ağrısı bildiren 38 hastada anterior rinoskopi, endoskopi, Waters grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile nedenler ortaya kondu. Ondokuz vakada septum deviasyonu, 14 vakada konka bulloza, 13 vakada sinüs patolojisi tespit edildi. Sinüs patolojisi olan hastalar dışındaki 25 olguda yegane ağrı nedeni olarak mukozal kontakt düşünüldü. Kronik tekrarlayan baş ağrısı ile gelen hastada mukozal kontakt mutlaka düşünülmeli, nazal ve ostiomeatal kompleks patolojisi - varyasyonu mutlaka araştırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Baş ağrısı, mukozal kontakt

SUMMARY: Patients with headache constitute the great mass in ENT practice. IN this study, causes of headache were elucidated by anterior rinoscopy, endoscopy, Waters graphy and computerized tomography in 38 patients with headache as primary complaint. Septal deviation, concha bullosa and sinus pathology were revealed in 19,14,13 cases, respectively Apart from patients with sinus pathology, mucosal contact was considered as an unique cause in 25 out of 38 cases. Mucosal contact must always be considered in a chronic-recurrent headache patient, nasal ostiomeatal complex pathology-variation must be investigated.

Key Words: Headache, mucosal contact

GİRİŞ

Baş ağrısı şikayeti çok geniş bir etyoloji yelpazesine sahip olur, bir çok disiplinin ilgi alanına girebilir. Altta yatan birçok lokal ya da sistemik hastalığın belirtisi olabilir. Kronik tekrarlayan baş ağrısı çoğu kez hastanın hekime başvurusunun tek sebebi olabilmektedir.

Kanada'da yapılan bir çalışmada toplumun % 59'unun hayatının bir döneminde baş ağrısından şikayetçi olduğu gösterilmiştir (9). Bir başka çalışmada ise baş ağrısının popülasyonun 2/3 ünü etkilediği bildirilmiştir (5). Her yıl popülasyonun % 10-20 si primer semptom olarak baş ağrısı nedeniyle hekime başvurur (5). Bir çalışmada ise kendisinde sinüzit olduğunu düşünerek KBB polikliniğine başvuran 92 hastanın % 56 sında esas başvuru şikayeti olarak baş ağrısı saptandı. Tüm hastaların % 90 ında rinojenik şikayetlerle beraber baş ağrısı mevcuttu (9).

Stammberger (11) baş ağrılarını üç ayrı grupta toplamıştır.

1- Sinojenik nedenler; sinüsün inflamatuvar hastalıkları, nezoplazmaları, barotravma,

2- Non sinüs kökenli baş ağrıları; migren, nevraljiler, servikal vertebra hastalıkları, kan basıncı bozuklukları, diğer vasküler hastalıklar, temporomandibular eklem hastalığı, glokom, allerjiler vs.

3- Sebebi tam olarak kestirilemeyen grup. Bunlarda bariz bir sinüs hastalığı yoktur. Bu gruptaki hastaların tanısında endoskopi çok yardımcıdır.

Anatomik bozukluklar varyasyonlarının baş ağrısı oluşturma mekanizmaları şu şekilde özetlenebilir: 1- Kontakt baş ağrısı, 2- Sinüslerin kötü havalanmasına bağlı, hipoksi veya negatif basınç sonucu, 3- Poliplerin basısına bağlı, 4- Epitel lezyonlarına bağlı. Ağrı bu mekanizmaların biri veya birkaçı sonucunda ortaya çıkar (11).

Sinonazal baş ağrılarını diğer birçok sebebe bağlı baş ağrılarından ayırmak güç olabilir. Parsons

(*) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, ISPARTA

ve arkadaşları, başağrılarının % 85'inde medikal veya cerrahi ile tedavinin mümkün olduğunu, başarısızlık nedeninin sinonazal başağrısını diğerlerinden tam olarak ayırt edilememesinde yattığını bildirmektedir (7).

Basağrısı şikayeti ile kendilerinde sinüzit düşünerek tıbbi yardım arayan bir çok hasta hekimi de tuzaga düşürür ve yetersiz klinik tetkik sonucunda sinüzit olmadığı gösterilerek gereksiz nörolojik ilaçlar reçete edilir (10). Oysa bu tür hastalarda nazal ve Otiomeatal Kompleks (OMK) patolojisi-varyasyonu da mutlaka araştırılmalıdır. Bu tür lezyonların tespitinde en etkili yöntem ise endoskopi ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) dir.

Bu çalışmanın amacı esas semptom olarak kronik başağrısı ile polikliniğimize başvuran hastalarda septum, OMK ve paranazal sinüslere ait nedenleri ortaya koymadık, eşlik eden semptomları, tam ve tedavi yöntemlerini ve sonuçları tartışmaktır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Mart 1998 Ekim 1998 tarihleri arasında kronik tekrarlayan başağrısı ana şikayetiyle polikliniğimize başvuran septum, OMK ve paranazal sinüs patolojisi ve anatomik varyasyonu tespit edilen 38 hasta çalışma kapsamına alındı. Başvuru şikayeti olarak başağrısı bildirmeyen, 6 aydan kısa süren, 18 yaşından küçük hastalar, medikal tedavi almamış, nörolojik-gerginlik kökenli başağrısı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

Tüm hastalara detaylı bir anamezi takiben başağrısı süreleri, yerleşimi, şiddeti, sıklığı, zamanı, eşlik eden burun semptomları (akıntı, tıkanıklık, geniz akıntısı gibi) soruldu. Anterior-posterior rinoskopik, endoskopik nazal muayene bulguları ayrıntılı olarak kaydedildi. Tüm hastalara Waters grafisi istendi. Endoskopik muayene ve Waters ile OMK-paranazal sinüs patolojisi-varyasyonu düşünülen hastalara koronal planda bilgisayarlı paranazal sinüs tomografisi istendi. Hastalar septum, OMK ve sinüs patoloji-varyasyonlarına göre tasnif edilerek ayrı ayrı değerlendirildi.

Burun ve paranazal sinüs varyasyonu- patolojisine yönelik cerrahi girişimi takiben 2 ay sonra hastalar şikayetler açısından yeniden sorgulandı, endoskopik kontrol muayeneleri yapıldı.

BULGULAR

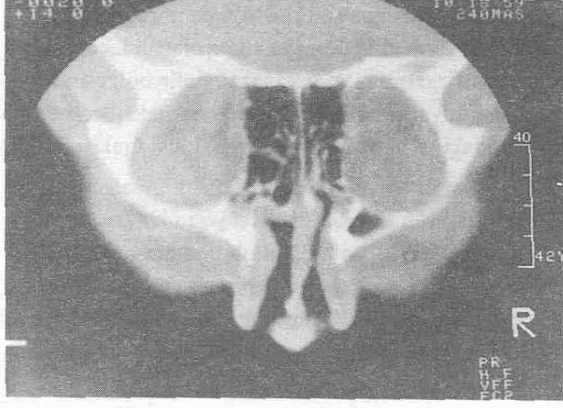
Hastalarımızın yaşları 20 ile 65 arasında değişmekte, ortalama yaş 36.71 11.72 idi. Hastalarımızın 13'ü (%34.2) erkek, 25'i (%65.8) kadın idi. Şikayet süresi 1 ile 15 yıl arasında ort. (3.97 3.36) değişmekteydi. Hastalarımızın 29'u (%76.3) maksillo-frontal bölgeye, 2(%15.8) şer hasta parietal, lemporal ve oksipital bölgeye, 1(%2.6) hasta ise vertekse ağrıyı lokalize ettiler. İki (%5.3) hasta ise ağrıyı lokalize edemediklerini ifade ettiler. Yirmibir (%55.3) hasta orta şiddette, 17(%44.7) hasta çok şiddetli ağrı tarif etmekteydiler. Yirmibeş (%65.8) hasta zaman zaman, 13(% 34.2) hasta her zaman ağrı olduğunu belirtti. Endoskopi ve BT ile yapılan değerlendirmeler sonucunda 21(%55.3) hastada her iki tarafta da patoloji-varyasyon mevcuttu. ON (%26.3) hastada sadece sol, 7(%18.4) hastada sadece sağ tarafta patoloji-varyasyon tespit edildi. Eşlik eden semptomlardan burun tıkanıklığı 34 (%89.5) hastada, burun akıntısı 12(%31.6) hastada, geniz akıntısı 18 (%47.4) hastada mevcuttu.

Ondokuz hastada septal deviasyon tespit edildi. Hastaların 12'sinde (%63.1) deviasyon sola, 7'sinde (%36.9) sağ nazal kaviteye doğru idi. Cottle (4) sınıflamasına göre 6'sı (%31.6) Tip I (Hafif deviasyon), 9'u (%47.4) Tip II (obstrüksiyon oluşturan deviasyon), 4'ü (%21.0) Tip III (impaction-sıkıştırma) tarzında idi. Beş vakada septal deviasyon yegane patoloji idi. (Tablo 1)

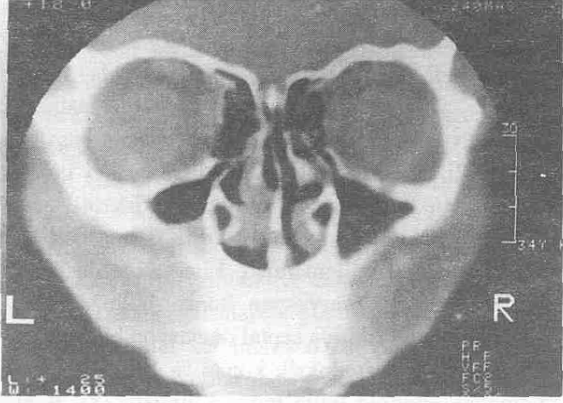
Patoloji - varyasyon	n	%
Septal deviasyon	19	50.0
Konka bulloza	14	36.8
Sinüzit - mukosel - kist	13	34.2
OMK kapalılığı	6	15.7
Paradoksik konka	4	10.5
Alt konka hipertrofisi	3	7.9
Pnömatize ethmoid bulla	2	5.2
Uncinate lateralizasyonu	1	2.6

Tablo 1: Hastalarda sık görülen patoloji-anatomik varyasyonların sıklıklarına göre dağılımı

Ondokuz vakada sadece bir bölgede (septum, konka-OMK veya paranasal sinüs), 16 vakada iki bölgede, 3 vakada ikiden fazla bölgede patoloji tespit edildi (Resim 1 ve Resim 2).



Resim 1: Konka büllozası olan hastada orta konka ile septum arasındaki mukozal temas (ET).



Resim 2: Orta konka ve hipertrofik alt konka ile septum arasındaki mukozal temas (BT).

Onbir vakada konka-OMK varyasyonu yegane patoloji olarak tespit edildi. Bunların 4'ü konka bulloza, 2'si alt konka hipertrofisi, 1'er tanesi de paradoksik konka, OMK kapalılığı, pnömatize ethmoid bulla, konka bulloza+unsinate lateralizasyonu, konka bulloza+alt konka hipertrofisi idi.

Üç vakada sinüs patolojisi yegane patoloji idi. İki vakada maksiller, 1 vakada ise maksiller+frontal sinüzit tespit edildi.

Septal deviasyon ve konka - OMK patolojisi - varyasyonu 9 hastada mevcuttu. Sekiz vakada septal

deviasyon+konka bulloza, 1 vakada ise septal deviasyon+paradoks konka+alt konka hipertrofisi tespit edildi.

Konka - OMK ve paranasal sinüs patolojisi 5 hastada mevcuttu. Bunların 2'sinde sinüs patolojilerine konka bulloza, 2'sinde OMK kapalılığı, 1'inde ise paradoks konka eşlik etmekteydi.

Septal deviasyon ve sinüs patolojisi 2 hastada tespit edildi. Bunların ikisi de septal deviasyon+maksiller sinüzit şeklinde idi.

Her üç anatomik bölgenin (septal deviasyon+Konka-OMK patoloji-varyasyonu+paranasal sinüs patolojisi) 3 hastada mevcuttu. Septal deviasyon+OMK kapalı+pansinüzit, septal deviasyon+ethmoid bulla pnömatizasyonu+paradoksik konka+maksiller sinüs retansiyonu, septal deviasyon+OMK kapalı+ethmoid sinüzit 1'er vakada tespit edildi.

Onüç hastada paranasal sinüs patolojisi tespit edildi. Paranasal sinüslerde görülen patolojiler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Maksiller sinüzit	5
Frontal sinüzit	1
Ethmoid sinüzit	1
Maksiller + frontal sinüzit	1
Maksiller + ethmoid sinüzit	1
Pansinüzit	1
Maksiller retansiyon kisti	2
Frontal mukosel	1
Toplam	13

Tablo 2: Paranasal sinüslerde görülen patolojilerin dağılımı

Ağrı nedeni olabilecek tüm lezyonlara tek tek müdahale edildi. Yegane patoloji olarak septal deviasyon tespit edilen 5 vakaya sadece septoplasti yapıldı. Diğer yakalardaki patolojilere endoskopik olarak müdahale edildi.

Postoperatif ikinci ayda tüm vakalar yeniden değerlendirildi. 2(%5.3) hasta ağrı şikayetlerinde hiç bir düzelme olmadığını (hiç yarar görmeyen), 4(%10.5)

hasta ise eskiye göre belirgin bir azalma olmakla beraber (kısmen yarar gören) ağrılarının devam ettiğini bildirdi. 32 (%84,2) hasta ise şikayetlerinin tümüyle düzeldiğini (tam iyileşme) ifade ettiler. Hastaların yeniden yapılan endoskopik muayenelerinde belirgin patoloji tespit edilmedi.

TARTIŞMA:

Toplumun 2/3 ünü etkileyen başağrısı her yaş ve cinsten görülebilir. Çalışmamızda kadınlar hastalarımızın büyük çoğunluğunu (%65.8) teşkil ediyordu. Bu sonuç kadın hastaların şikayetleri konusunda daha duyarlı olmalarına ve erken dönemde hekime başvurularına bağlanabilir.

Basağrısının türü, karakteri, şiddeti, lokalizasyonu, zamanı ve Waters grafisi hekimi her zaman doğru tanıya götürmede yeterli olmayabilir. Bu durumda endoskopik muayene ile BT ayırım için şarttır. Paranasal sinüs enfeksiyonlarının diğer başağrısı nedenlerinden ayırt etmek için BT mutlaka gereklidir (3). Anatomik varyasyonların en iyi değerlendirme yolu endoskopi ve BT dir (1). Basağrısı etyolojisi nazosinogenik olarak düşünüldüğünde en etkili tanı yöntemleri BT ve endoskopidir (9). Konka-OMK patolojisi-varyasyonu veya sinüs patolojisi düşünülen hastalarda kişilerde BT "Altın Standart" tır (9). Yine Rosbe (9), sinüzitte endoskopinin BT'ye göre güvenilir bir yöntem olduğunu ifade etmektedir. Öte yandan BT üç boyutlu olmadığından komşuluklar-pasaj konusunda kesin fikir vermeyebilir. Oysa endoskopi ile pasaj ve mukozal dokunma bölgeleri kolayca değerlendirilebilir. Bazen BT'de, alt konka çok büyük ve pasajı tıkar şekilde görülür ama endoskopi ile pasajın tümüyle açık olduğu ortaya konulabilir. Literatürle uyumlu olarak hastalarımızın hepsi endoskopi ve BT ile birlikte değerlendirildi.

Orijini tespit edilemeyen başağrılarının en önemli nedeni temas bölgeleridir (6). Bu tür mekanizma ile oluşan ağrılar için "Sluder's neuralji" veya "anterior ethmoidal sinir sendromu" terimleri de kullanılmaktadır. Anatomik varyasyonlar, kronik inflamatuvar hastalığı olanlarda bu tür şikayetler daha sık görülmektedir. Anatomik varyasyonlar tek başına bir patoloji teşkil etmemekle beraber eğer burun pasajında veya meatuslarda tıkanıklığa yol açıyorsa, temas bölgeleri oluşturuyorsa tekrarlayan kronik sinüzitlerden ve başağrılarının sorumlu tutulabilirler (6). Serimiz-

de 38 hastanın 25'inde ağrı nedeni olarak mukozal kontakt düşünüldü. Kalan 13 sinüzitli vakanın ise sadece 3'ünde sinüs patolojisi yegane patoloji idi. Bir başka deyişle, sadece 3 vakada ağrı, sinüzit sonucunda oluşan mukozal basısına ve hipoksiye atfedilmiştir. Stammberger (11), OMK da görülen çok sınırlı patolojilerin bile başağrısına yol açabileceğini bildirmektedir. Burun ve paranasal sinüs bölgesinde ağrıya en duyarlı bölgeler sırasıyla, maksiller ostium civarındaki mukozal, konka ve sinüs mukozalarıdır (2,5).

İlginç olarak başağrısı şikayeti olan hastada kontakt nokta tespiti anlamlı olabilir ancak hiç şikayet vermeyen kişide de tesadüfi olarak endoskopi ve bilgisayarlı tomografi ile kontakt nokta tespit edilebilir (7). Migren düşünülen ancak konvansiyonel migren tedavisine cevap vermeyen hastalarda da tanı konmamış mukozal kontakt, konka varyasyonu-patolojisi ve paranasal sinüs patolojisi akla gelmelidir (7). Konka-OMK patolojileri-varyasyonları ve septal deviasyonlu hastalarda ortaya çıkan başağrısının mukozal kontakt kökenli olduğu düşünüldü (Tablo 1). Yirmisekiz (%73.7) hastada konka-OMK de varyasyon-patoloji tespit edildi. Sadece 10 (%26.3) hastada konka-OMK'de varyasyon-patoloji yoktu. Bu hastaların hepsi daha önce değişik hekimlere gitmiş başağrısı için çeşitli tanımlar konularak medikal tedavi kullanmışlardı. Hiç bir hastada daha önce kendilerini değerlendiren hekimlerce konka-OMK'daki patoloji-varyasyon tespit edilememişti. Literatürde de en sık görülen anatomik varyasyon konka bulloza (%36) olarak, ikinci en sıklıkla septal deviasyon bildirilmektedir (6,12,13). Paradoksik konka % 15, % 8 olarak pnömatize ethmoid bulla rapor edilmiştir (8). Bizim çalışmamızda 14 (%36.8) vakada konka bulloza, 19 (%50) septal deviasyon, 4 (%10.5) vakada paradoksik orta konka, 2 (%5.2) vakada pnömatize ethmoid bulla, tespit edildi. OMK kapalılığı 6 (%15.8) vakada, alt konkada hipertrofi 3 vakada tespit edildi. Çalışmamızda sadece şikayeti olan kişiler seçildiğinden oranlarımız bildirilen oranlara göre yüksek bulunmuştur.

Burun ve paranasal sinüs kökenli başağrısına sıklıkla burun tıkanıklığı, burun akıntısı eşlik eder (5). Basağrısına eşlik eden semptomlar arasında burun tıkanıklığı % 89.5, geniz akıntısı % 47.4, burun akıntısı % 31.6 olarak tespit edildi. Bu sonucumuz literatür ile uyumludur.

Stammlberger (12) konka bulloza gelişiminden septal deviasyonun sorumlu olabileceğini rapor etmiştir. Buna göre dolmamış boşluk "e vacuo" konka bullozanın gelişimini provake eder. Bir başka deyişle konka bulloza gelişiminden septal deviasyon sorumludur. Ondokuz septal deviasyonu olan hastaların 6'sında (%31.6) septal deviasyon ile konka bulloza beraberliği tespit edildi. Bu sonucumuz Stammlberger'in görüşünü desteklemektedir.

Vakalarımızın 36 (%94.7) sinde iyileşme gözlemlendi. Sadece 2 (%5.2) vakada şikayetlerinde düzelme tespit edilemedi. Rebik (8), kronik baş ağrısı kökeninin burun ve paranasal sinüs olduğu düşünülen 80 hastaya yapılan cerrahi sonucunda % 88 hastada baş ağrısının dramatik olarak düzeldiğini rapor etmiştir (8).

Bizim toplumumuzda da baş ağrısı olan her hasta kendinde sinüzit olduğunu düşünerek KBB hastalıkları uzmanına başvurur. Ancak çoğu kez bir anterior rinoskopi bazen ilave edilen bir Waters grafisini takiben hastalığının burun ve paranasal sinüs kökenli olmadığı söylenerek hastaya analjezikler verilerek yollanır. Neden hastalar her baş ağrısını sinüzit olarak yorumlama eğilimindedirler? Çünkü sinüzit veya burun kökenli baş ağrısı tedavisi diğer bir çok hastalığa bağlı baş ağrısı tedavisine göre yüzdürücü sonuçları kısa dönemde vermektedirler. Vurgulamak istediğimiz nokta; kendisinde nazal ve paranasal sinüs hastalığı düşünerek KBB polikliniğine gelen ancak tanı konamayan atlanan ve analjezik tedavilerle yıllarca oyalanan hastalarda gizli kalabilecek tanıları doğru yöntemler kullanarak nazal ve paranasal sinüs patolojisi-varyasyonlarını ortaya koymak, tedavilerini gerçekleştirmektir. Bu nedenle, baş ağrısı ile gelen hastada sadece sinüzite bağlı baş ağrısı değil, mukozal kontakt bölgesine bağlı baş ağrısı da akla gelmeli, araştırmalar buna yönelik yapılmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa TÜZ
Süleyman Demirel
Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı
ISPARTA

KAYNAKLAR

1. ARIYÜREK OM, BALKANCI F, AYDINGÖZ U, ÖNERCİ M: Pnematized superior turbinate: a common anatomic variation? Surg Radiol Anat 18:2, 137-9,1996(abstract).
2. CHOW JM: Rhinologic headaches. Otolaryngol Head Neck Surg 111: 211 -218,1994.
3. FRIEDMAN WH, ROSENBLUM BN: Paranasal sinus etiology of headaches and facial pain. Otolaryngol Clin North Am 22 (6): 1217-1228,1989.
4. JONES NS: Facial pain and headache. in (eds) Mackay IS, Bull TR Scott-Brown's Otolaryngology, Butterworth-Heinemann, London 1997, Volume 4, Chapter 21 Sixth edition pp 1-10.
5. LEDERER FL, TENTA LT, TARDY ME: Otorhinolaryngologic aspects of headache and facial pains. Headache Apr 11: 1, 19-30, 1971.
6. ÖNERCİ M: Endoskopik sinüs cerrahisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Ankara, 19-25, 1996.
7. PARSONS DS, BATRA PS: Functional endoscopic sinus surgical outcomes for contact point headaches. Laryngoscope 108: 696-702, 1998.
8. REBIK JM; MCINTIRE LD; HOYT WH, MCINTIRE KD: Ethmoid sinus disease and nasaf septal deformities as etiologies of chronic cephalgia: results of surgical management. J Am Osteopath Assoc Oct, 90: 10, 897-907, 1990 (abstract).
9. ROSBE KW, JONES KR: Usefulness of patient symptoms and nasal endoscopy in the diagnosis of chronic sinusitis. Am J Rhinol 12(3): 167-171, 1998.
10. RYAN RE SR, RYAN RE Jr: Headache of nasal origin. Headache 19: 173-179, 1979.
11. STAMMBERGER H: Functional Endoscopic Sinus Surgery, The Messerklinger Technique, B.C. Decker, Philadelphia 442-450,1991.
12. STAMMBERGER H: Functional Endoscopic Sinus Surgery, The Messerklinger Technique, B.C. Decker, Philadelphia, 156-180,1991.
13. ZINREICH SJ, DOLAN KD: Radiology of nasal cavity and paranasal sinuses in (eds) Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, Otolaryngology - Head and Neck Surgery, chapter 51 Second edition Mosby Year book St Louis, Missouri 1993, pp 907-928.