

Baş Ağrısının Oftalmolojik Yönleri

OPHTHALMOLOGICAL ASPECTS OF HEADACHE

M.Erol TURAÇLI*

* Prof.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, Öğr.Üy., ANKARA

Özet

Baş ağrısı çoğu kişinin hayatları boyunca en sık şikayetlerinden birisidir. Birçok baş ağrısı göz çevresinde hissedildiği için, genellikle ilk konsültasyon göz hekiminden istenir. Bu nedenle göz hekimleri ağrının oküler bir nedene bağlı olup olmadığını anlamak için baş ağrısının birçok nedenlerini iyi bilmelidir. Bu makalede baş ağrısı nedenleri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, Göz yorgunluğu, Migren, Oftalmik nevrалji

T Klin Oftalmoloji 1997, 6:218-223

Avrupa'da yıllık baş ağrısı oranı %40 olarak verilmektedir. Geri kalmış ülkelerde bu oran %20'dir. Eğitim düzeyi yükseklerde daha fazla olduğuna dikkat çekilmektedir. Batı ülkelerinde baş ağrısı nedeniyle hekime gitme oranı %10'dur. Baş ağrılarının çeşitli türleri vardır. Vasküler (%50), kas kontraksiyonu, yüksek göz içi basıncı, traksiyonel ve iltihabi baş ağrıları, idiyopatik olarak gruplandırılabilir. Nevrалji şimşek çakması gibi bir ağrı olup sebep periferiktir. Nöropatik ağrı ise zonklayıcı, devamlı olup sinirdeki harabiyete bağlıdır, sebebi santraldir. Anamnez en önemli ipucunu vermektedir. Nedeni saptanamayanlarda fizik tedavi yapılabilir. Tedavide elektroakupunkturda başarı oranı %89, Laser uygulamalı akupunkturda ise %91 oran verilmektedir. Baş ağrısı nedenini saptayıp ona yönelik ihtisas dallarıyla yapılan konsültasyonlar isabetli bir tedavi olasılığı vermektedir.

Göz ve çevresi dokularının duyu sinirleri trigeminal sinirin oftalmik 1. ve 2. (maksiller) dallarından gelir.

Geliş Tarihi: 22.07.1996

Yazışma Adresi: Dr.M.Erol TURAÇLI
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları AD, ANKARA

Summary

Headache is one of the commonest complaint of many persons in their whole life. Because many headaches are felt around the eye, consultation is frequently sought from an ophthalmologists initially. For this reason, ophthalmologists require a broad understanding of the many cause of headache in order to exclude whether a patient's pain may be related to ocular structure. In this paper all of the cause of headache is reviewed.

Key Words: Headache, Asthenopia, Migraine, Ophthalmologic neuralgia

T Klin J Ophthalmol 1997, 6:218-223

Trigeminal sinirin reküren dalları duraya, venöz sinüslere ve serebral damarlara da sinir verir. Göz dışı baş ağrısı bu nedenle göze ve orbitaya vurur. Primer gözle ilgili ağrı ise yüz ve kafanın diğer yerlerine yansır.

Primer Oküler Nedenlere Bağlı Baş Ağrısı

Genel kural beyaz bir göz ağrılı bir göze sebebiyet vermez tarzındadır. Fakat istisnalar vardır.

Göz Yorgunluğu

Göz yorgunluğu veya astenopi (güçsüz görme) Duke-Elder'e göre görme organının görüntüyü netleştirmek için verimsiz adaptasyonları sırasındaki deneyimlerdir. Eski Yunandan beri bilinse de baş ağrısı nedeni olarak ilk kez nörolog S. Weir Mitchell tanımlamıştır. Derby bunun bunun bir fonksiyonel rahatsızlık olduğunu veya oküler nöroz olduğunu ifade etmiştir.

Astenopi belirtileri hafif, kunt acılı bir ağrının göz etrafı veya arkasında hissedilmesidir. Ayrıca gözde yorgunluk, sıcak, rahatsızlık, acıma ve bitkinlik hissi vardır. Ağrı, alma ve şakaklara yayılabilir, gözyaşı genelde salınır. Astenopi nedenleri arasında düzeltilmemiş kırılma kusurları, özellikle hipermetropi,

astigmatizma, presbiyopi, kaymalar, heteroforia sayılabilir. Rahatsızlık hissinin akomodasyon ve odaklama ile ilgili silier kasın yorgunluğuyla alakalı olduğu sanılmaktadır.

Göz yorgunluğu hemen her zaman gözün kullanımını ile ilgili olup görsel işlerden uzaklaşınca düzelir. Bulantı kusma ve prodromal aura ile bir ilintisi yoktur. Göz yorgunluğunda akomodasyon ekzersizleri verilebilir. Gerekirse gözlük veya kontakt lens kullanımı önerilir. Refraktif kusurlar için refraktif cerrahi yöntemleri uygulanabilir. Bunlar radyal keratotomi, hegzagonal keratotomi, keratofaki, epikeratofaki, keratomilozis, termokeratoplasti, astigmatizma cerrahisi ve son olarak excimer laserdir.

Verjans sisteminin 2 spesifik anormalliğinden söz edilmelidir. Bunlar konverjans yetersizliği ve yakın refleksinin spazmıdır (konverjans spazmı, akomodasyon spazmı). Konverjans yetersizliği yakın görme için olan normal mekanizmanın yorgunluğudur, ki bu triad gözlerin konverjansı, lenslerin akomodasyonu, pupiller miyozistir. Bu durum uzun çalışma sürelerinde gözlerin birbirlerinden uzaklaşmasıdır, ki ekzoforia veya ekzotropia olur. Daha çok genç yetişkinlerde okul, üniversite yıllarında görülür, öğrenci hastalığı da denir. Kafa travmasını takiben de olabilir. Okuma sonrası uyku hali de yaygın bir yakınmadır. Konverjans sistemi ölçülmemelidir. Konverjans ekzersizleri verilir.

Yakın refleksin spazmı astenopi nedenlerinden biridir. Konverjans yetersizliğinin tersidir. Yakın sinkinezisi hiperaktiftir, intermittent, ağrılı konverjans, akomodasyon ve miyozis oluşur, saniyeler-dakikalar sürer. Epizodik alın kaş ağrısı, yakında değişken çift görme, uzakta bulanık görme hiperaktif yakın cevabın sonuçlarıdır. Yakın spazmı çoğunlukla geç yetişkin dönemde olur. Vakaların çoğunluğunda fonksiyonel görsel bir rahatsızlıktır. Nadir olarak yapısal beyin hastalığı ile ilintilidir. Yanlışlıkla bilateral 6. sinir palsisi olarak tanınabilir.

Akomodatif spazm tanısı pupiller konstriksiyon eşliğinde aralıklı çaprazlaşan gözlerin tanısı ile mümkündür. Bu durumun tedavisi hayal kırıcıdır. Sikloplejik göz damlası örneğin homatropin yakın cevabın paralizisi için verilebilir. Bifokaller, prizmalar, diğer optik yardımcıları önerilir ama faydası yoktur.

Şaşılık ve ambliyopi de baş ağrısı nedeni olabilir. Füzyon mekanizması tam olmadığından kurt bir baş ağrısı oluşabilir. Görme derecesinde azalma, deviasyon, diplopi olabilir. Tedavide gözlük, prizma, kapama, cerrahi yöntemler uygulanabilir.

Kornea ve Konjonktiva Hastalığı

Ağrıya en hassas dokulardır. İyi lokalize hafif yabancı cisim hissinden ciddi ağrıya kadar değişir. Konjonktivada kızarıklık, sulanma ve blefarospazm mevcuttur. Ayırıcı tamda zorluk yaratan iki tip kornea irritasyonu vardır. Kornea epitelinin ve bazal membranı etkileyen reküren erozyon sendromudur ki sabahları gözleri açıldığında yoğun ağrıları olur. Ağrı, bulanık görme ile beraber olabilir. Biyomikroskopide epitel bazal membranında anomaliler görülür. Gözyaşı filmi anomalileri, kuru gözlü hastalar kumlanma hissinden şikayet ederler. Zaman zaman şimşek çakması tarzında bir ağrı (saniyeden daha kısa süren) olur. Elektrik şoku gibi bir acı tanımlanır. Bu haller oküler lübrikan ile tedavi edilirler.

Glokom

Göz içi basıncı aköz hümanın üretimi ile drenaj arasındaki dengeye bağlıdır. Drenaj bozulursa GİB yükselir ve glokom hastalığı ortaya çıkar. Filtrasyon açısının açık veya kapalı olmasına bağlı olarak iki ana gruba ayrılmıştır. GİB yüksekliğine bağlı ağrı daha çok basınç artışıdır. Akut dar açılı glokomda akut şiddetli baş ağrısı olur, acil bir durumdur. Yüksek GİB'ma bağlı olup 80 mmEtg üzerindeki basınçta ve kornea ödeminde görme ışık düzeyine kadar iner. Migren veya intrakranial anevrizma ile karışır. Göz ve orbita çevresinde ağrı olur, bulantı, kusma, letarji olabilir. Pupil ışığa cevap vermez, iris iskemisine bağlı middilatedir. Göze dokunulursa çok sert olup pitozis ve oftalmopleji olmaması ile 3. kranial sinir disfonksiyonu ekarte edilir. Subakut şeklinde hafif ağrı, bulanık görme ve kornea ödemi oluşur. Karanlıkta uzun süre kalırsa atak gelebilir veya emosyonel stres durumlarında pupilin dilate olduğu, iris mekanik olarak drenajı tıkadığı hallerde atak gelebilir.

Sekonder glokom nedenleri arasında yer alan üveitik ve lense bağlı (fakolitik, lens subluksasyonu ve luksasyonu) glokom tiplerinde de baş ağrısı olabilir. Özellikle akut glokomda acil tıbbi tedavi, laser uygulamaları yapılabilir. Genelde cerrahi iridektomi ve filtran cerrahi yapılması gerekir.

Neovasküler Glokom

Açıda anormal damarların gelişimi aköz dışı akımını engeller, ağrılı glokoma yol açar. Ciddi, inatçı oküler ve orbital rahatsızlık oluşur. Diabetik retinopati, santral retinal ven oklüzyonu neovasküler glokom için predispozan faktörlerdir. Ayrıca kronik üveit ve ipsilateral tarafta karotid arter tıkanıklığı veya karotid-kavernöz fistülde oluşabilir.

Neovaskülarizasyon oluşum mekanizması oküler iskemidir, sonuçta anjiyogenetik faktörler üretilir. Oftalmolojik muayene ile tanı konabilir, bazen FFA

gerekir. Tıbbi tedavi, laser ve glokom cerrahisi ve seton ameliyatları uygulanır.

Konjenital Glokom

%50'si doğumda %80 ilk yaşta ortaya çıkar. Epifora, fotofobi, blefarospazm ile birlikte başlar. Çocukta bir rahatsızlık oluşturur. Kornea çapı genişler, komeada ödem, Descemet yırtık ve çatlakları gelişir. Göz küresinde büyüme olur. Refraksiyon miyopiye kayar, tek taraflı ise ambliyopi gelişir. Tedavide tıbbi yöntemler ancak yardımcıdır, esas tedavisi cerrahi yöntemdir. Gonyotomi, trabekülektomi, fistülizan ameliyatlar, seton ameliyatları yapılabilir.

Absolu glokom, glokomun terminal şeklidir. Artan GİB ve korneal değişiklikler ağrının nedenidir. Ağrı başa uzanır. Yüksek göz içi basıncına bağlı ön segment dejeneratif değişiklikleri oluşur, görme kaybolmuştur. Tedavide siklokrioterapi, siklodiatermi, fistülizan glokom ameliyatları ve seton ameliyatları düşünülebilir.

3. Sinir Palsisi

Ağrılı izole 3. sinir palsisi (pupilin dilate olduğu, ışığa reaksiyon vermediği) genişleyen yırtılmamış intrakranial anevrizmanın klasik belirtisidir. Genelde ipsilateral internal karotid ile arka komünikan arterin bileşkesinde olur. Ağrı çok ciddi olup gözün ardındadır, kaşın üstündedir ve akut açılı kapanması ağrısından ayrılmayabilir. Pupilin korunduğu ağrılı 3. sinir palsisi genelde sinirin beyin sapı ile kavernöz sinüs arasında küçük bir segmentinin infarktı ile olur. Buna eskiden diabetik oftalmopleji denirdi. Hipertansiyon ve aterosklerotik hastalığın diğer risk faktörleri de bu tipe görülebilir. İyileşme 3 ayda gerçekleşir, ağrı hiç olmayabilir veya aşırı olabilir.

Eskiden pupilin korunmasının anevrizmayı veya diğer kompresif lezyonu ekarte eden bir belirti olduğu sanılırdı. Bu durum şimdi tartışmaya açılmıştır. Çünkü anevrizmalı bazı hastalar 3. sinir palsisi ve pupilin ilk başta korunması hali ile gelirler.

Oftalmoplejik migren ilk belirtilerini 20 yaş öncesinde verir. 3. sinir palsisi olur, pupil tutulur. Ağrı orbital ve hemikranial bir baş ağrısı olup 1-4 gün sürer. Problem rekürren olabilir. Kranial sinirler 4 ve 6 tutulabilir. Oftalmopleji süresi 2 aydan kısa olup tam iyileşme kuraldır. Kranial sinir tutulumu kavernöz sinüste olur ve muhtemelen intrakavernöz karotid arterin şişmesine bağlıdır. Konvansiyonel arteriyografi yapılması tartışmalıdır. MR anjiyografi non-invazif bir çözüm olabilir. Tedavide medikal yöntemler uygulanır. Temporal arter masajı, akupunktur diğer metodlardır.

Ağrılı İzole 6. Sinir Palsisi

İskemik 3. sinir palsileri gibi 6. sinir mikroinfarktı ağrılı ağrısız olabilir. Hastalarda horizontal diplopi olur ve yana bakışta ve uzak mesafeye bakışta artar.

Gradenigo sendromu 6. sinir palsisinin yüz ağrısı ile birlikte nadir bir kombinasyonu olup pürülan otitis mediaya veya mastoidite sekonder olur ayrıca petroz kemikte inflamasyon olur. Antibiyotik çağında enderdir.

Ağrılı İzole 4. Sinir Palsisi

Diabetik oftalmopleji 4. siniri tutabilir. Vertikal diplopi, aşağı bakışta ve etkilenen sinirden öteye bakışta daha artar. Başın o tarafa eğilmesi ile vertikal diplopi kötüleşir. Trokleanm inflamasyonu geçici vertikal diplopi, ağrı yapabilir. Troklear alan palpe edilerek tam konabilir, hassas olur. Ayrıca orbital ultrasonografi yol göstericidir. Orbital psödötümörün nadir bir varyantıdır.

Ağrılı Multipl Kranial Sinir Palsileri

Tolosa-Hunt Sendromu: 2, 4, 5 (1-2), 6 tutulumu orbital semptomlar yoksa lezyonu kavernöz sinüse lokalize eder. Neoplastik (primer veya metastatik tümör) veya vasküler (intrakavernöz anevrizma, arteriovenöz fistül) nedenler özellikle yüz ve kafa ağrısı olduğunda akla gelmelidir. Bir istisna Tolosa-Hunt sendromudur. Nonspesifik granümatöz inflamasyondur (kavernöz sinüste). Oftalmopleji öncesinde sıkıcı sürekli ağrı ile karakterlidir. Diplopi olur, 3, 4, 6. sinirler tutulabilir. İntrakavernöz okülosempatik lifler dahil olabilir ve Homer sendromu gerçekleşebilir. Ağrı göze ve kaşa yayılır. Ataklar haftalar aylar sürer rekürrens olabilir. Nörogörüntüleme yöntemleri negatiftir ancak intrakavernöz karotid arterde daralma olabilir. Oral prednizon sonrası ağrı geçer (80-100 mg/gün). Fakat bu durum malignanside de olabilir.

Bu sendrom nadir olup diğer tanılar öncelikle düşünülmelidir.

Orbital Ağrı

Orbital nedenler mutlaka akla gelmelidir. Akut dakrioadenit, erizipel, miyozit, orbital selülit veya abse, periostit, zedelenme ve travmalar, orbital psödötümör, tümör ve metastatik tümörler, orbital apeks sfenoidal sendrom (Rollet sendromu), ekzoftalmus, herpetik nöralji, Gasser ganglionu enfeksiyonu, sistemik hastalıklar arasında ise AIDS, Behçet hastalığı, sekonder renal hipertansiyon ve piyelonefrit olan kronik glomerulonefrit sayılabilir.

Karotid-Kavernöz Fistül

Propitozis, konjonktival arteriolizasyon ve keratozis, oftalmopleji olur. Dural şant sendromu bunun hafif bir şeklidir. Kafa travmasını takip eder (%75), spontan olabilir (%25), nadiren konjenital olur. Sanders ve Hoyt şu semptomları bildirdiler: Bruit (%75), propitozis (%69), konjonktivada kızarıklık ve şişme (%36), diplopi (%24), ipsilateral bulanık görme (%16), orbital ağrı (%16).

Dural şant sendromu bunun bir hafif şeklidir. Dış karotidin meningeal dalları ve kavernöz sinüs arasındaki anormal ilişkiler nedeniyle olur. Menopoz sonrası kadınlarda olur, kronik kırmızı gözden şikayet halinde kendini gösterir. Grove'un serisinde 10 hastadan %70'i ağrı ve rahatsızlık hissi duyar. Kesin tanı selektif intra-arteriel anjiyografi ile yapılır. Tedavisi embolizasyon olabilir, bazıları spontan iyileşir.

Pitüiter Apopleksi

Pitüiter tümörün ani büyümesi genelde hemorajik infarkta sekonderdir, klasik olarak oftalmopleji ile karakterlidir, ani görme kaybı olur. Ciddi baş ağrısı yapar. Retro-orbital ve frontal bir ağrıdır. CT veya MR1 tümör varlığını gösterir. Spinal sıvı steril pleositoz, ksantokromia ve artmış protein ile kendini gösterir. Addisonian krizler ve diğer endokrin tablolar olabilir. David'in serisinde 13 hastadan 7'sinde ilk belirti pitüiter apopleksi olmuştur.

Pırpiller Anomaliler ve Baş Ağrısı

Adie'nin Tonik Pupili

Parasempatik liflerin kesintisi pupiller dilatasyona ve azalmış ışık reaksiyonuna neden olur. Bunun klasik örneği internal oftalmopleji olup, tam 3. sinir palsisi olur. Silier ganglion düzeyinde kesinti olabilir. Bunun sonucunda Adie'nin tonik pupili olur, büyük reaksiyon vermeyen bir pupil olup akomodatif bozukluk da yapar. Hafif ve orta derecede ağrı olabilir, fotofobi astenopik semptomlar yapar. Pitozis ve oftalmopleji olmaması ile 3. sinir palsisinden ayrılır. Genç sağlıklı kadınlarda olur, derin tendon refleksi deprese olur. Tanı zayıf pilokarpine (düşük konsantrasyondaki) yani parasempatik ajanlara denervasyon suprasensitivitesinin gösterilmesi ile konur. 30. dakika içinde tonik pupil küçülür, normal pupil etkilenmez.

Epizodik Pupiller Dilatasyon

Genç yetişkinlerde olur, klasik migren atağının bir parçasıdır. Dakika saatler sürebilir, çoğu kadındır. Görme bozulabilir, pitozis diplopi olmaz. Geçici parasempatik bir inhibisyona, geçici sempatik uyarıya veya oküler iskemiye bağlı olabilir.

Okülosempatik Parezis (Horner Sendromu) ve Baş Ağrısı

Raeder sendromu: Dilator iris kasma okülosempatik yol 3 nöronlu zincirdir. Hipotalamustan C8 ve T2 düzeyine gelir. 2. nöron spinal korddan çıkar, üst servikal ganglionda sinaps yapar. 3. nöron postganglionik olup internal karotid arterle gider, kavernöz sinüsten geçer, orbite gelir, trigeminal sinirin ilk dalı ile gider. Postganglionik okülosempatik lifler dilatör kasa ve göz kapağı düz kaslarına gider. Horner'in belirtileri pitozis ve miyozistir. Kokain ve hidroksumfetamin damla ile preganglionik postganglionik tipler ayrılır.

Ağrılı tipi Raeder sendromudur. 3 tipi vardır. 1.tipte ağrılı olup 3, 4, 5 (1-2-3) 6 tutulur, bu hastalar kitle için araştırılmalıdır, tümör veya anevrizma gibi parasellar bölgede 2. tipte tipik cluster baş ağrısı olur. Bu hastaların %5-22'sinde kalıcı Horner sendromu bulunur. Atak sırasında hastalarda görülür. Tip 3'te ise unilateral bir baş ağrısı vardır, saatler aylar sürebilir. Trigeminal sinirin 1. dalında uyuşukluk olur, korneal duyarlılık azalır. Orta yaşlı bir adam olup ateroskleroz, hipertansiyon, vasküler başağrıları, kafa travması, sinüzit öyküsü olabilir.

2. ve 3. tiptekiler benign bir gidiş gösterir, iyi prognozları vardır. İnternal karotidin spontan diseksiyonu, fibromusküler displazi veya ciddi karotid stenoza ipsilateral Horner sendromu ve baş ağrısı ile ilintili olabilir, fakat oftalmopleji olmaz. Ağrı frontal, orbital, periorbital olup düşük retinal arteriel basınç ile karakterlidir. Disgeusia, amarozis fıngaks, üst boyun ağrısı da karotid diseksiyonu ile birlikte görülebilir.

Baş Ağrısı ve Görme Kaybı Migren

Kalıcı görme kaybı nadirdir, olabilir. İskemik optik nöropati, retinal arter oklüzyonu, ven oklüzyonu oksipital lob infarktı hemianopi yapabilir. Troost ve ark. bir hastada klasik migren nedeni olarak arteriovenöz malformasyon bildirdiler. Bu nadir olup, tedaviye cevap vermez, kranial bruit veya kalıcı homonim hemianopi olması bunu idiopatik klasik migrenden ayırır. Özellikle arteriyel kökenli baş ağrılarından ayırt edilmelidir. En önemli farkı periyodik oluşudur. Aura dönemi vardır. Atağı takiben hastada aşırı yorgunluk ve tükenmişlik hissi olur. Sıklıkla 20-40 yaş arası başlar. Atak sırasında kusma, mide bulantısı, 20 dakika kadar sürebilen santral skotom, vizüel hallüsinasyonlar, hemikranial ağrı olur ve ağrı generalize bir hale geçebilir. Aura döneminde vazokonstriksiyon nedeni ile geçici motor kayıplar, görme kayıpları, duyu bozuklukları hissedilir. Tedavi: ergotamin türevleri, kafein, pentobarbital türevleri, C₀ inhalasyonu, aspirin, dipiridamol türevleri kullanılır. Profilaksi için beta blokerler, temporal arter masajı önerilir.

Staz Papiller

Artmış kafa içi basıncına bağlı bir optik disk ödemi olup görmeyi bozmaz. Bu da ayırıcı tanıyı kolaylaştırılmaktadır. Hemen her zaman bilateral olup, atrofiden önceki dönemlerde görme kaybı oluşturmaz. En sık nedenleri kafa içi kitle ve psödötümör serebridir. Klinik tabloda baş ağrısı olup, çoğu kez sistemik hastalıklarla ilişkili de olabilir. Tedavide primer nedeni bulmaya özen gösterilip, onun tedavisi oftalmolojik patolojilerin de gerilemesinde yararlı olur.

Optik Nörit

Glokomdan sonra en sık görülen optik sinir hastalığı olup 15-50 yaş grubundadır (Diğer ismi papillit). İmmün kaynaklı, viral, demyelinizan, inflamatuvar kaynaklı olabilir, santral görme saatler günler içinde kaybedilir. %90 oranında renkli görme, parlaklık algılaması azalır. Retrobulber ağrı ve hassasiyet, ağrılı göz hareketleri olur. Başlangıçta disk normal görünümündedir. Afferent pupiller defekt, diskte ödem ve kabarıklık vardır. Haftalar aylar içinde düzelme olur.

Hastalarda hafif veya ciddi rahatsızlık hissi, orbital ve supraorbital bölgede huzursuzluk olabilir, göz hareketleri ile artar. %50 hastada görme kaybı olduğu sırada rahatsızlık duyar. Benign karakterlidir, spontan iyileşme söz konusudur. Sistemik steroidler rahatlatıcıdır ve zaten ağrı akut inflamasyon geçince kesilir. Ağrının nedeni optik siniri saran menenkslerin irritasyonu nedeniyle. Tedavide sistemik ya da retrobulber steroid denenebilir.

Retrobulber Nevrit

Optik sinir hastalıklarının en temel bulgusu görme kaybıdır. %90 oranında renk görme bozulur, santral skotom olur. Göz hareketleri veya göz küresine basmakla ağrı oluşur. Başlangıçta disk normal görünümündedir. Genelde postviral bir enfeksiyona bağlı immünolojik kökenli bir inflamasyondur. Tedavide sistemik ya da retrobulber steroid denenebilir.

Dev Hücreli Arterit (Temporal Arterit)

En korkulan komplikasyon görme kaybıdır, %90'ı ön iskemik optik nöropati ile olur, granüloamatöz bir inflamasyon olup optik diski besleyen küçük arterleri tutar. Daha nadir olarak retinal arter tıkanıklığı veya oksipital lob infarktı ile görme bozulur. Kesin tanı temporal arter biyopsisidir.

Baş ağrısı 3 sınıfa ayrılır. Ağrı, saçlı deri duyarlılığı ve çene claudication. Raskin'in 3 büyük serisinde %85 hastada baş ağrısı ilk başta mevcut olup, temporal arter hassaslığı %70 hastada, çene claudicationu ise %65'te olur.

Baş ağrısı temporal olup oksipital veya frontal de olabilir, soğukta artar. Bıçak saplanır gibi tanımlanır. Saçlı deri hassasiyeti saç tararken, şapka giyerken veya yastığın üstünde baş dinlenirken görülebilir. Çiğneme sırasında ağrı (çene claudication) masseter kasında iske mi belirtisi olup Horton tarafından tipik bulunmuştur. Ağrı ve görme kaybı arasında ilişki yoktur, fakat hastalığın aktivitesini gösterir.

Psödötümör Serebri

Spinal sıvı dinamiğinin hastalığı olup semptom belirtisi ve komplikasyonları görme sistemini etkiler. Dandy'e göre tanı için 4 kriter vardır. 1) Artmış intrakranial basınç belirtileri, 2) Abdusens palsisi dışında normal nörolojik inceleme, 3) BOS basıncının yükselmesi, biyokimyasal ve hücre sel anormallik olmaması, 4) Küçük simetrik serebral ventriküllerin görülmesi, kitle etkisi olmaması.

%50 hastada santral görmeye veya periferik görme alanında kayıp olması. Baş ağrısı çoğu hastada olup değişkendir. Raskin'e göre artmış kafa içi basınç iyi tanımlanmamıştır, fakat postür al bir komponenti olabilir. Round ve Keane'e göre ense sertliği hastaların üçte birinde olur. Bize göre baş ağrısı genel olup, yorgunlukta artar, pulsatil tinnitus eşlik edebilir. Kafa içi basınç düşürülerek ağrı geçer. Eğer basınç düzeldiği halde ağrı sürerse başka bir neden araştırılmalıdır.

Karışık Nedenler

Preherpetik Nöralji

Kaş ve alın bölgesinde nöritik ağrı klasik veziküler döküntüden önce olabilir. Veziküllerin belirmesi tanıyı kesinleştirir.

Subkonjonktival ve Perioküler Hemoraji

Spontan ve ağrısızdır. Gözün beyaz kısmı kan kırmızısı gibidir ve konjonktival kan damarı rüptürü ile olur, öksürük veya ıkınma başlıca nedendir. Nadir olarak migren atağı ile olabilir, Valsalva manevrası yokluğunda görülebilir.

Periorbital ekimozlar (siyah gözler) migren atakları ile olabilir. Vazodilatasyon, vazoaaktif maddelerin salgılanması bu hemorajiye nedendir.

Episklerit de baş ağrısı nedeni olabilir. Tedavi nedene yöneliktir.

Fotofobi

Işığa karşı anormal intolerans olup göz ağrısı ile beraberdir. Nöral yolu bilinmez, fakat trigeminal sinir ile ilgilidir.

Miller 4 çeşit ışık hassasiyeti tanımlar. 1) Gözün ön segment hastalıkları ile ilgili (örn. kornea hastalığı, iritis), 2) Vitreoretinal hastalıklar ile ilgili (ör. vitreus opasiteleri, albinizm, akromatopsi), 3) Akkiz optik nöropatilerle ilgili, 4) Kafa içi travma, cerrahi, enfeksiyon veya inflamasyonu takiben. Beşinci kategori ise yapısal olarak ışığa hassas insanlar olarak gruplanabilir. Birinci kategori irisin ve pupüler daralmanın yarattığı ağrı nedeniyledir. İkinci tip anlaşılmamıştır. Üçüncü tipte paradoksal bir fotofobi vardır. Çünkü ışığa bağımlı bilgiyi beyine taşıyan dokunun hastalığı, neden ışık duyarlılığını arttırmaktadır diye sorulabilir. Kafa travması sonrası sık görülür, Talamusun rol oynadığı sanılmaktadır. Işığa hassas insanların bazen nörotik tipler olduğu düşünülebilir, fakat kanımızca bu insanlar sadece ışığa duyarlı insanlardır. Tedavisi nedene yöneliktir.

Propitozis

İltihabı olaylar, kistler, primer ya da metastatik tümörler (göz içi veya orbital), travma, orbita yabancı cisimleri, paraziter hastalıklar nedeniyle olup, bunlara bağlı değişik tipte baş ağrıları çıkar. Tedavi prensip olarak nedene yöneliktir.

Yabancı Cisimler

Kapakta, korneada, göz içinde, orbita içinde bulunup konumuna göre klinik sergilemekte ve baş ağrısı olmaktadır. Tedavisi yabancı cismin çıkarılması ve oluşan değişikliklerin sağıtımıdır.

Kanamalar

Subkonjonktival ve peribulber kanamalar baş ağrısına neden olabilir. Hifema özellikle disk hematik, vitreus hemorajisi, orbital kanamalarda kanamanın büyüklüğüne ve konumuna göre farklı tarzda baş ağrıları yapar. Tedavi oluşan kanamaya yönelik olmalıdır (ör. hifemada ön kamera lavajı).

Göz Travmaları

Orbita travması, kunt göz yaralanması veya perforan göz yaralanması şekindedir. Ön segment, arka segment kısmında veya optik sinirde keskiye neden olabilir. Gelişen travma ve klinik tabloya göre farklı başağrıları olur. Tedavi nedene ve yerleşime yöneliktir.

Sıklıkla karşılaşılan oküler kaynaklı cerrahi olarak tedavi edilebilen baş ağrısı nedenleri: glokom, refraksiyon kusurları ve şaşılıklardır. İzole 6. sinir, 4. sinir paralizisi, psödötümör serebri, multipl kranial sinir palsileri (Tolosa-Hunt, karotika-kavernöz sinüs fistülü, pitüiter apopleksi), travma ve yabancı cisimler, kornea ve konjonktiva hastalıkları, papil ödemi olarak sıralanabilir.

Sonuç olarak baş ağrısı multidisipliner olarak yaklaşılması gereken bir durum olup, tüm ilgili dalların ortak girişimi ve iş bölümü ile çözümlenmesi gereken bir antitedir.

KAYNAKLAR

1. Carlow TJ. Headache and the eye. In: Dallessio DJ, ed. Wolffs Headache and Other Head Pain. New York: Oxford University Press, 1987:304.
2. Coppeto JR. Migraine and Other Head Pains. Principles and Practice of Ophthalmology, Clinical Practice. In: Albert and Jakobice, eds. Philadelphia: WB Saunders Co, 1994; 4(213):2688-98.
3. Monteiro MLR, Coppeto JR, Greco P. Giant cell arteritis of the posterior cerebral circulation presenting with ataxia and ophthalmoplegia. *Arch Ophthalmol* 1984; 102:407.
4. Raskin NH. Headache. New York: Churchill Livingstone, 1988.
5. Tomsak RL. Ophthalmologic Aspects of Headache. *Headache Medical Clinics of North America* 1991; 75(3):693-706.
6. Troost BT. Migraine and Other Headaches. *Neuro-Ophthalmology*, 2nd ed. In: Glascr J, ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1990:488-517.
7. Woods D, O'Connor PS, Fleming R. Episodic unilateral mydriasis and migraine. *Am J Ophthalmol* 1984; 98:229.