

## خصائص الصداع العنقودي في اللاذقية

الدكتور عيسى لايقة \*  
الدكتور مطيع جوني \*\*  
مروان وسوف \*\*\*

(تاريخ الإيداع 31 / 8 / 2008. قُبِلَ للنشر في 4 / 3 / 2009)

### □ الملخص □

يعدّ الصداع العنقودي أحد الأشكال غير الشائعة للصداع، وغالباً ما يلتبس تشخيصه بغيره من أنواع الصداع ولاسيما الشقيقة وألم مثلث التوائم، و مع ذلك فإن الإعاقة و الكرب اللذان يسببهما الألم الدوري إضافة إلى العلاج النوعي تجعلان من هذا الداء مرضاً عصبياً بالغ الأهمية. شملت الدراسة 25 مريضاً تم تشخيصهم تبعاً للمعايير التشخيصية لجمعية الصداع الدولية ، حيث تم الاستجواب الدقيق و المفصل للمرضى من خلال توجيه نموذج واحد من الأسئلة. كان الألم في معظمه أحادي الجانب (88%) متوضّعاً بشكل أساسي حول الحجاج (90%) والمنطقة الصدغية (62%) و مترافقاً بأعراض ذاتية أشيعها الدماغ (88%) و احمرار الملتحمة (82%). بلغت نسبة إصابة الرجال إلى النساء في هذه العينة 5.25 : 1 . كما وجدنا قصة عائلية ايجابية عند 4% من المرضى.

الكلمات المفتاحية: الصداع العنقودي - الصداع الوعائي - الصداع الدوري.

\* أستاذ - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.  
\*\* أستاذ - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.  
\*\*\* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Characteristics of Cluster Headache in Latakia

Dr. Issa Layka \*  
Dr. Moutia Jouni \*\*  
Marwan Wassouf \*\*\*

(Received 31 / 8 / 2008. Accepted 4/3/2009)

### □ ABSTRACT □

Cluster headache is one of the uncommon forms of headache and is often mistaken for other types of headache specially migraine and trigeminal neuralgia. However, the disability and distressing of the episodic pain in addition to specific treatment make this disease a very important neurologic problem. Our study includes 25 patients diagnosed with cluster headache according to the International Headache Society. Detailed and precise questioning was performed by asking a standardized form of questions. The pain was almost always unilateral (88%), located essentially around the orbit (90%) and the temporal (62%) and associated with autonomic symptoms. The most common of these symptoms were lacrimation (88%) and conjunctival injection (82%). The male-to-female ratio in this sample was 5.25:1. We found a positive family history in 4% of the patients.

**Keywords:** Cluster headache, Vascular headache, Periodic headache.

---

\* Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\* Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\* Postgraduate Student, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

لقد تم وصف الصداع العنقودي منذ القرن السابع عشر [1] ، و من السهل تمييزه سريرياً عندما يأتي بشكله النموذجي. لقد ظهر أول وصف لهذا المرض في كتاب البروفيسور الهولندي جيرهارد فان سويتن [2]. الصداع العنقودي هو شكل مؤلم جداً من الصداع الوعائي العصبي [3] الذي يتبع نمطاً خاصاً به، وهو أكثر شيوعاً في الرجال [4]. يتم الاعتماد لتشخيص هذا المرض في الوقت الراهن على المعايير التي أصدرتها جمعية الصداع الدولية [5] International Headache Society وهي:

- أ- حدوث خمس هجمات تحقق المعايير من ب إلى ث.
- ب- ألم أحادي الجانب صدغي أو/و حجاجي أو/و فوق حجاجي يدوم 15-180 دقيقة دون معالجة.
- ت- صداع مترافق بواحد على الأقل مما يلي:
  - 1) احتقان ملتحمة أو/و إدماع بنفس الجهة.
  - 2) احتقان أنفي أو/و سيلان أنف بنفس الجهة.
  - 3) وذمة في الحاجب بنفس الجهة.
  - 4) تعرّق في الجبهة و الوجه بنفس الجهة.
  - 5) تقبض الحدقة أو/و إطراق الجفن بنفس الجهة.
  - 6) إحساس بالتململ أو الهياج.
- ث- تكرارية الهجمات تتراوح من مرة كل يومين إلى 8 مرّات باليوم.
- ج- لا يمكن أن تعزى تلك الهجمات إلى اضطراب آخر.

الصداع العنقودي له تميّز سريري [5] و مختلف من ناحية الآلية المرضية و الجينات [7،8] و العلاج [9] مما يجعله مختلفاً بشكل كامل عن بقية أنواع الصداع الأخرى كالشقيقة.

## أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث من كونه البحث الأول الذي يلقي الضوء عن الخصائص السريرية للصداع العنقودي في المنطقة، ودراسة الخصائص السريرية للصداع العنقودي في المنطقة من حيث نسبة الرجال إلى النساء، و وجود القصة العائلية، والخصائص السريرية للهجمات: كموقع الألم وانتشاراته و جهة الألم و الأعراض المرافقة والدورية، و ذلك بغية زيادة معرفة الأطباء الذين يتعاملون مع الصداع كأطباء العينية و الأذنية و الداخلية العامة لهذا النمط الخاص من الصداع الوعائي، وعدم علاجه كالشقيقة أو ألم مثلث التوائم.

## طريقة البحث ومواده:

شملت مجموعة الدراسة مرضى الصداع العنقودي الذين راجعوا العيادة الاختصاصية العصبية، أو الذين تم قبولهم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بسبب الصداع أو بسبب أي مرض آخر للفترة الممتدة بين 2006 و 2007.

تضم هذه المجموعة فقط المرضى الذين شُخصوا بالصداع العنقودي بأشكاله البدئية اعتماداً على معايير جمعية الصداع الدولية [5]، وبالتالي فقد استبعدنا من الدراسة الأشكال الثانوية التي قد تلتبس بالصداع العنقودي مثل تسليخ السباتي، متلازمة رايدر، التهاب الجيوب بالفحوص المناسبة. كذلك تم استبعاد الألم الشقي الاستدادي المزمن . Chronic paroxysmal hemicrania .

لقد تمّ الاستجواب الدقيق و المفصل للمرضى من خلال نموذج واحد من الأسئلة . جمعت نتائج الاستجواب ونسقت في قاعدة بيانات ( Microsoft Excel ) .

## النتائج والمناقشة:

### مجموعة الدراسة

ضمّت مجموعة الدراسة 25 مريضاً من مرضى الصداع العنقودي. 92% منهم راجعوا العيادة الاختصاصية العصبية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ، بينما 8% كانوا من المقبولين في هذا المشفى. بلغت نسبة الرجال 86% ، أي نسبة إصابة الرجال إلى النساء تبلغ 5.25 رجلاً لكل امرأة . كان متوسط الأعمار لأول هجمة صداع عنقودي 25.8 سنة بانحراف معياري قدره 10.6 سنة . أصغر سن لأول هجمة كان 15 سنة أما أكبر سن فقد كان 63 سنة .

الجدول رقم (1) يبين عدد و نسبة المرضى بحسب الفئة العمرية لسن بدء الصداع العنقودي

سن بدء الصداع العنقودي	19-10	29-20	39-30	49-40	59-50	69-60
عدد المرضى	5	15	3	1	0	1
النسبة المئوية	20%	60%	12%	4%	0%	4%

### الخصائص السريرية

**موقع الألم والانتشار:** كان موقع الألم المسيطر هو حول الحجاج (90%) و المنطقة الصدغية (62%). كذلك انتشر الألم على منطقة واسعة تشمل اللثة العلوية (54%) و الجبهة (40%) و العنق (24%) و الأذن (16%) .

**جهة الألم:** توضع الألم في معظم الحالات في جانب واحد فقط (88%)، خاصة في الجانب الأيمن (58%)، بينما بلغت نسبة الجانب الأيسر (30%). و كانت الهجمات التي تغيّر جهتها ذات نسبة قليلة (12%).

**الأعراض المرافقة:** الدماغ هو أكثر عرض تم تسجيله ، يأتي بعده احمرار الملتحمة ثم احتقان الأنف، انظر الجدول رقم (2) . لقد شكل كل من الغثيان و الاقياء نسبة مهمة من أعراض الهجمة 40% و 24% على التوالي. سبقت الهجمات بالنسمة عند 12% من المرضى.

الجدول رقم (2) تكرارية الأعراض المرافقة للهجمات عند مرضى الصداع العنقودي

النسبة المئوية	الأعراض المرافقة
88%	الدماع
82%	احمرار الملتحمة
80%	احتقان الأنف أو انسداده أو سيلان أنفي
64%	وذمة حول الحجاج في جهة الهجمة
44%	متلازمة هورنر
40%	الغثيان
32%	الخوف من الضياء و الضجيج
24%	الاقياء
12%	النسمة
8%	فرط حس الوجه

**الدورية:** بلغ متوسط مدة الهجمة 90 دقيقة مع انحراف معياري 32 دقيقة. معظم المرضى عانوا من هجمة واحدة خلال 24 ساعة ( 1.4 هجمة كمتوسط) مع 4 هجمات في اليوم كحد أقصى و هجمة كل يومين كحد أدنى، انظر الجدول رقم (3) . بلغ متوسط مدة الفترة العنقودية 5.5 أسبوع.

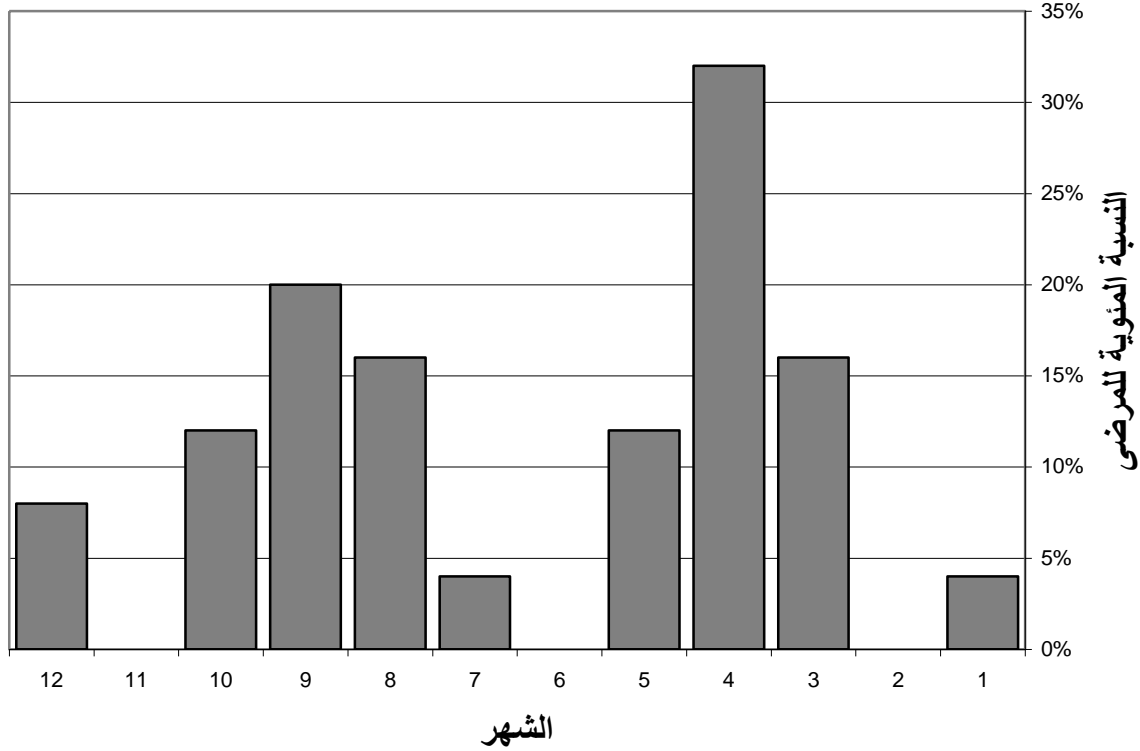
الجدول رقم (3) دورية نوب الصداع العنقودي

الانحراف المعياري	المتوسط	القيمة
الهجمة العنقودية Cluster attack		
32	90	متوسط مدة الهجمة (دقيقة)
0.8	1.4	تكرارية الهجمات (هجمة/يوم)
الفترة العنقودية Cluster period		
4.8	5.5	المدة بالأسابيع
0.4	1.2	عدد المرات في السنة
الهوادة Remissions		
1.6	10.4	المدة بالشهور

شكل شهرا نيسان وأيلول الشهرين الأكثر تواتراً لحدوث الهجمات، حيث أبدى 32% من المرضى حدوث الهجمات في شهر نيسان و 20% من المرضى عانوا من الهجمات في شهر أيلول، انظر الجدول رقم (4) والمخطط البياني رقم (1).

الجدول رقم (4) تكرار الهجمات حسب أشهر السنة

الشهر	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
النسبة المئوية	%4	%0	%16	%32	%12	%0	%4	%16	%20	%12	%0	%8



مخطط بياني رقم (1) يبين تكرار الهجمات بحسب أشهر السنة

**القصة العائلية:** شخص واحد (4%) أبدى وجود الصداع العنقودي عند أحد الوالدين.  
دراسات مقارنة:

اخترنا للمقارنة دراستين. الدراسة الأولى أجراها Anish Bahra و مساعدوه في المشفى الوطني للأمراض العصبية والجراحة العصبية في لندن - بريطانيا من عام 1997 حتى 1999 [10]. الدراسة الثانية أجراها Rozen TD و مساعدوه في مشفى جامعة توماس في فيلادلفيا - الولايات المتحدة الأمريكية من عام 1995 حتى 1998 [11]. المقارنة موضحة في الجدول رقم (5) .

الجدول رقم (5) مقارنة الدراسة الحالية باثنتين من الدراسات العالمية

دراسة فيلادلفيا	دراسة لندن	الدراسة الحالية	
1998-1995	1999-1997	2007-2006	مدة الدراسة
101	230	25	عدد المرضى
1 : 2.1	1 : 2.5	1 : 5.25	نسبة الرجال إلى النساء
30.6	28.4	25.8	متوسط العمر لأول هجمة بالسنوات
<u>موقع الأكم والانتشارات</u>			
*	%92	%90	حول الحجاج
*	%70	%62	المنطقة الصدغية
*	%50	%54	اللثة العلوية
*	%46	%40	الجبهة
*	%31	%24	العنق
*	%17	%16	الأذن
<u>جهة الأكم</u>			
*	%60	%58	الجانب الأيمن
*	%38	%30	الجانب الأيسر
*	%12	%12	متغيرة الجهة
<u>الأعراض المرافقة</u>			
%82	%91	%88	الدماغ
*	%77	%82	احمرار الملتحمة
%83	%75	%80	احتقان الأنف أو انسداده أو سيلان أنفي
*	%74	%64	وذمة حول الحجاج في جهة الهجمة
%49	%50	%40	الغثيان
%26	%23	%24	الإقياء
%79	%56	%32	الخوف من الضياء و الضجيج
*	%14	%12	النسمة
<u>الدورية</u>			
81	115	90	متوسط مدة الهجمة العنقودية (دقيقة)
3	*	1.4	تكرارية الهجمات (هجمة/يوم)
*	4.6	4	الحد الأقصى للهجمات / اليوم
10.3	8.6	5.5	متوسط مدة الفترة العنقودية بالأسابيع
*	1	1.2	عدد المرات في السنة
*	%1	%4	القصة العائلية

\* القيمة غير موجودة في الدراسة.

## الاستنتاجات والتوصيات:

أكدت دراستنا أن الصداع العنقودي هو مرض الرجال حيث نسبة إصابة الرجال إلى النساء 5.25 : 1 وهي نسبة أكبر من النسبة المقدمة في دراستي المقارنة، لكن هذه النسبة تأتي ضمن الحدود مقارنة بالدراسات الكبيرة العدد [13،12،14،15] حيث تراوحت النسبة في تلك الدراسات بين 3.5 : 1 و 7.1 : 1. إن سبب هيمنة الرجال في هذا المرض ما زال غير معروف حيث يعزوه البعض إلى الهرمونات الذكرية إلى الخصائص السلوكية الذكرية [16]

أكدت دراستنا النمط السريري للصداع العنقودي المتمثل بالألم الأحادي الجانب الشديد الدوري المترافق بالأعراض الذاتية. اعتماداً على النتائج المأخوذة من 12 رسالة كبيرة العدد كان متوسط تكرارية الأعراض الذاتية النمطية المرافقة لهجمة الصداع العنقودي كالتالي: 73% للدماغ، 60% لاحتقان الملتحمة، 55% لاحتقان الأنف أو السيلان الأنفي، 50% لمتلازمة هورنر [17،18،19،20،21]. أبدى مرضانا تكرارية أكبر للدماغ ولاحترقان الملتحمة و لاحتقان الأنف أو السيلان الأنفي، بينما كانت تكرارية متلازمة هورنر قريبة من متوسط تلك الدراسات. أظهرت دراستنا تواتراً مهماً للغثبان و الاقياء و الخوف من الضياء و الضجيج في هجمات الصداع العنقودي لدى مرضانا، إن تلك الأعراض ليست مدرجة في المعايير التشخيصية لجمعية الصداع الدولية، لذلك يجب أن تأخذ جمعية الصداع الدولية بعين الاعتبار إضافة تلك الأعراض إلى المعايير التشخيصية مما يساهم في رفع حساسية تلك المعايير.

أبدى 12% من المرضى حدوث النسمة قبل هجمة الصداع العنقودي، و هذه النسمة تشبه النسمة التي ترى في الشقيقة، لقد تم وصف تلك النسمة كعرض مرافق لهجمات الصداع العنقودي الحادة في العديد من الدراسات [22،23] بما لا يقل عن 6% من المرضى الذين يعانون من هذا الصداع [24].

وجدنا قصة عائلية ايجابية للصداع العنقودي عند مريض واحد (4%) مما ينوه للدور الذي يلعبه العامل الجيني في امراضية هذا الداء. ذكرت الدراسات قصة عائلية ايجابية في 1.9% حتى 6.7% من مرضى الصداع العنقودي [25]، وقد أشارت إلى ذلك ثلاث من تلك الدراسات التي أجريت على التوائم الحقيقية [26،27،28]. إضافة إلى ذلك فقد أظهرت رسالتان أحدث مما سبق زيادة الصداع العنقودي 14 إلى 15 ضعف عند أقارب الدرجة الأولى للمصابين بهذا الصداع [29،30].

نوصي بمتابعة هذا الدراسة و الاستمرار بها لعدة سنوات مما يتيح حجم أكبر لعينة الدراسة، وبالتالي إمكانية تقسيم العينة و دراسة الخصائص السريرية بشكل منفصل عند كل من الذكور و الإناث، كذلك نقترح تعميم هذه الدراسة على باقي المحافظات، و إنشاء لجنة سوريه للصداع للإشراف على أبحاث الصداع، و للتتويه للأشكال النادرة من الصداع مثل الصداع العنقودي الذي غالباً ما يلتبس تشخيصه مع غيره من أنواع الصداع مما يؤخر التشخيص وبالتالي العلاج الصحيح.



المراجع :

- 1- KOEHLER, P. J. *Prevalence of headache in Tulp's observations medicae (1641) with a description of cluster headache*. Cephalalgia, Vol. 13, 1993, 318–320.
- 2- ISLER, H. *Episodic cluster headache from a textbook of 1745: Van Swieten's classic description*. Cephalalgia, Vol. 13, 1993, 172–174.
- 3- MAY, A.; GOADSBY, P. J. *The trigeminovascular system in humans: pathophysiological implications for primary headache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation*. J Cereb Blood Flow Metab, Vol. 19, 1999, 115–127.
- 4- MANZONI, G. C. *Gender ratio of cluster headache over the years: a possible role of changes in lifestyle*. Cephalalgia, Vol. 18, 1998, 138–142.
- 5- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE. *International classification of headache disorders, 2nd edition*. Cephalalgia, Vol. 24, 2004, 1–160.
- 6- OLESEN, J. *Revision of the international headache classification: invitation for comments*. Cephalalgia, Vol. 20, 2000, 73.
- 7- MAY, A. ; BAHRA, A. ; BUCHEL, C. ; FRACKOWIAK, R. S. J. ; GOADSBY, P. J. *Hypothalamic activation in cluster headache attacks*. Lancet, Vol. 351, 1998, 275–278.
- 8- MAY, A. ; ASHBURNER, J. ; BUCHEL, C. *Correlation between structural and functional changes in brain in an idiopathic headache syndrome*. Nat Med, Vol. 5, 1999, 836–838.
- 9- OLESEN, J. ; GOADSBY, P. J. *Cluster headache and related conditions*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- 10- BAHRA, A. ; MAY, A. ; GOADSBY, P. J. *Cluster headache: A prospective clinical study with diagnostic implications*. Neurology, Vol. 58, 2002, 354–61.
- 11- ROZEN, T. D. ; NIKNAM, R. M. ; SHECHTER, A. L. ; YOUNG, W. B. ; SILBERSTEIN, S. D. *Cluster headache in women: clinical characteristics and comparison with cluster headache in men*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, Vol. 70, 2001, 613–7.
- 12- KUDROW, L. *Cluster headache: mechanisms and management*. Oxford, Oxford University Press, 1980.
- 13- LOVSHIN, L. L. *Clinical caprices of histaminic cephalalgia*. Headache, Vol. 1, 1961, 3–6.
- 14- ANDERSSON, P. G. *Migraine in patients with cluster headache*. Cephalalgia, Vol. 5, 1985, 11–16.
- 15- KRABBE, A. A. *Cluster headache: a review*. Acta Neurol Scand, Vol. 74, 1986, 1–9.
- 16- NICOLODI, M. ; SICUTERI, F. ; POGGIONI, M. *Hypothalamic modulation of nociception and reproduction in cluster headache. II. Testosterone-induced increase of sexual activity in males with cluster headache*. Cephalalgia, Vol. 13, 1993, 258–60.
- 17- EKBOM, K. *A clinical comparison of cluster headache and migraine*. Acta Neurol Scand, Suppl. 41, 1970, 1–44.
- 18- MANZONI, G. C. ; MICIELI, G. ; GRANELLA, F. *Cluster headache-course over 10 years in 189 patients*. Cephalalgia, Vol. 11, 1991, 169–74.

- 19- KUDROW, L. *Cluster headache*. In: Goadsby PJ, Silberstein SD, eds. *Headache*. Boston, Butterworth-Heinemann, 1997, 227–42
- 20- HORNABROOK, R.W. *Migrainous neuralgia*. New Zealand Medical Journal, Vol. 63, 1964, 774–9.
- 21- GOADSBY, P. J. ; LIPTON, R. B. *A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome, and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases*. Brain, Vol. 120, 1997,193–209.
- 22- SUTHERLAND, I. M. ; EADIE, M. J. *Cluster headache*. Res Clin Studies Headache, Vol. 3, 1972,92–125.
- 23- LANCE, J. W. ; ANTHONY, M. *Migrainous neuralgia or cluster headache?* J Neurol Sci, Vol. 13, 1971, 401–414.
- 24- SILBERSTEIN, S. D. ; NIKNAM, R. ; ROZEN, T. D.; YOUNG, W. B. *Cluster headache with aura*. Neurology, Vol. 45, 2000,219–221.
- 25- KUDROW, L. ; KUDROW, D. B. *Inheritance of cluster headache and its possible link to migraine*. Headache, Vol. 34, 1994, 400–407.
- 26- SJAASTAD, O. ; SHEN, J. M. ; STOVNER, L. J. ; ELSAS, T. *Cluster headache in identical twins*. Headache, Vol. 33 , 1993, 214–217.
- 27-. COUTURIER, E. G. ; HERING, R. ; STEINER, T. J. *The first report of cluster headache in identical twins*. Neurology, Vol. 21, 1991, 761.
- 28- ROBERGE, C. ; BOUCHARD, J. P. ; SIMARD, D. ; GAGNE, R. *Cluster headache in twins*. Neurology, Vol. 42, 1992, 1255–1256.
- 29- RUSSELL, M. B. ; ANDERSSON, P. G. ; THOMSEN, L. L. ; ISELIUS, L. *Cluster headache is an autosomal dominantly inherited disorder in some families: a complex segregation analysis*. J Med Genet, Vol. 32, 1995, 954–956.
- 30- MONTAGNA, P. ; MOCHI, M. ; PROLOGO, G. *Heritability of cluster headache*. Eur J Neurol, Vol. 5, 1998, 343–345.