

**KISA RAPOR**

**SHORT REPORT**

**CİNSEL AKTİVİTE BAŞ AĞRISI : OLGULAR EŞLİĞİNDE GÜNCEL BİR BAKIŞ**

**Ali AKYOL\*, Saliha YETER AMASYALI\*\*, Ahmet ŞAİR\*, Ayça ÖZKUL\***

**\*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, AYDIN**

**\*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,  
Algoloji Bilim Dalı, AYDIN**

**ÖZET**

Uluslararası baş ağrısı cemiyetinin (IHS) son sınıflamasına göre primer cinsel aktivite baş ağrısı (CAB) tanımı ile, kafa içi bozukluk olmaksızın cinsel uyarılma ile ortaya çıkan, künt iki yanlı olarak başlayan ve orgazm ile aniden yoğunlaşan baş ağrıları ifade edilir. Bu baş ağrılarının sekonder nedeni olarak ayırıcı tanıya RSVS (reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu), arteryel diseksiyon, glokom, anevrizma rüptürüne bağlı subaraknoidal kanama, feokromositoma gibi patolojiler girmektedir. Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması üçüncü son sınıflamasında (ICHD-III) CAB preorgazmik ve orgazmik olarak ayrılmayıp, değişken prezentasyona sahip tek bir antite olarak kabul edilmiştir. Tipik klinik prezentasyona sahip olgularda bile (orta yaş, erkek, normal nörolojik muayene) olası sekonder patolojiyi dışlamak zorunludur. Klinisyenlerin sekonder patolojiler açısından farkındalıklarını arttırmak üzere üç olgumuzu literatür bulguları ile karşılaştırarak sunmak istedik. Olgularımızın kan basıncı, rutin biyokimyasal tetkikleri ve nörolojik muayeneleri normaldi. Her 2 erkek olgunun kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve manyetik rezonans anjiyografi (MR-A) tetkiklerinde özellik saptanmazken kadın hastada internal karotis arterde anevrizma saptandı. Bu olguda kanama bulgusu yoktu. Önleyici tedavi olarak cinsel aktiviteden 30-60 dakika öncesinde indometazin (50 mg) önerdiğimiz her üç hastanın takibinde de ataklar devam etmemiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Cinsel aktivite baş ağrısı, Anevrizma, Subaraknoidal kanama.

**HEADACHE ASSOCIATED WITH SEXUAL ACTIVITY: A CURRENT OVERVIEW ACCOMPANIED BY CASES**

**ABSTRACT**

According to the last classification of the International Headache Society (IHS), primary headache associated with sexual activity (PHASA) begins as dull bilateral pain with sexual stimulation and suddenly condenses with orgasm in the absence of any intracranial disorder. The differential diagnosis includes various pathologies such as reversible cerebral vasoconstriction syndrome, arterial dissection, glaucoma, subarachnoid hemorrhage due to aneurysmal rupture, and pheochromocytoma. PHASA is not subdivided into preorgasmic or orgasmic subforms, but it was accepted as a single entity with variable presentation in this last classification [International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, beta version (ICHD-III) ]. It is mandatory to exclude possible secondary pathology, even in cases with typical clinical presentation (middle age, male, normal neurological examination). We found an underlying secondary pathology in only one of the three cases (internal carotid artery aneurysm). We considered it appropriate to present three cases to increase the awareness of clinicians in terms of secondary pathology. All three patients received indomethacin for preemptive therapy (50mg, intake 30-60 minute prior to sexual activity) with good results.

**Key Words:** Primary headache associated with sexual activity, aneurysm, subarachnoid hemorrhage.

**Yazışma Adresi:** Prof. Dr. Ali Akyol Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Aydın.

**Tel:** 444 1 256

**E-posta:** aakyol@adu.edu.tr

**Geliş Tarihi:** 13.01.2017

**Kabul Tarihi:** 14.03.2017

**Received:** 13.01.2017

**Accepted:** 14.03.2017

**Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir:** Akyol A, Yeter Amasyalı S, Şair A, Özkul A. Cinsel aktivite baş ağrısı: olgular eşliğinde güncel bir bakış. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2017; 23(2): 62-67. doi: 10.5505/tbdhd.2017.92063

## GİRİŞ

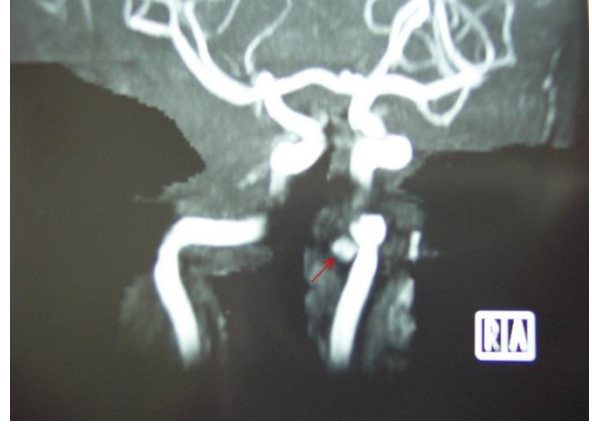
Baş ağrısı bozukluklarının uluslararası sınıflamasına (ICHD-3) göre cinsel aktivite ile ilişkili baş ağrısı (CAB) bilateral (bazı vakalarda unilateral) oksipital veya diffüz künt ağrı olarak tanımlanır (1). İki fenotipi tanımlanmıştır: Birinci fenotipte cinsel ilişki boyunca yavaş artışla giden, orgazm sırasında kötüleşen progressif başlangıç söz konusu iken, ikinci fenotipte orgazm sırasında veya hemen öncesinde beliren ani başlangıç vardır. Baş ağrısı bir dakika ile günler arasında sürebilir. Sıklıkla spontan olarak iyileşir ve herhangi bir otonomik veya vejetatif semptomla ilişkili değildir. Bazı vakalar orgazma yakın gök gürültüsü baş ağrısı tipi başlangıç (patlayıcı olarak tanımlanır) bildirmiştir. Literatürde aile öyküsünün olduğu vakalar da tanımlanmıştır. Burada sunduğumuz üç CAB'nin ikisinde primer CAB mevcut olup, diğer vakada anevrizmaya sekonder CAB oluştuğu düşünülmüştür. Cinsel aktivite baş ağrısı altta yatan patolojik sürecin bir semptomu olabileceği için mutlaka sekonder nedenler dışlanmalıdır (2, 3).

## OLGU 1

Otuz üç yaşında, erkek hasta birkaç gün önce cinsel aktivite esnasında hayatının en şiddetli ağrısını yaşamış. İki kez koitus sırasında olan bu baş ağrısı ejakülasyon anında ortaya çıkmıştı. En şiddetli düzeye 1-2 dakika içinde ulaşan gök gürültüsü baş ağrısı şeklinde bir başlangıç tanımlıyordu. Ağrı oksipital bölgede belirgin olmak üzere tüm başa yayılıyordu [Vizüel Analog Skala (VAS)= 10 puan]. Ağrı herhangi bir ilaç almadan 4-5 saat içinde istirahatle kayboluyordu, fakat baskı hissi daha uzun bir süre azalmıyordu. Bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi tanımlanıyordu. Özgeçmişinde polen alerjisi ve epizodik tip gerilim baş ağrısı mevcuttu. Sigara kullanmıyor, alkol nadiren alıyordu. Kan basıncı, rutin biyokimyasal tetkikleri ve nörolojik muayenesi normaldi. Kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve kranyal manyetik rezonans anjiyografi (MR-A) tetkiklerinde bir özellik saptanmadı. Hastaya cinsel aktiviteden 30-60 dakika öncesinde indometazin kullanması önerildi. Hasta iki kez indometasin önleme tedavisi şeklinde kullandığını, birkaç kez ilaç almadan cinsel aktivite yaşadığını ancak baş ağrısı yaşamadığını ifade etti. Hastanın izleminde son altı aydır şikayeti olmamıştır.

## OLGU 2

Otuz iki yaşında kadın hasta son bir ay içinde cinsel aktivite sırasında üç defa solda baş ve boyunda ani, çok şiddetli bir ağrı hissetmiş. Ağrı başladığı andan itibaren çok şiddetli imiş (VAS=10 puan). Alınan metamizol tabletten 1 saat kadar sonra geçiyormuş. Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Sigara ve alkol kullanmıyordu. Kan basıncı, rutin biyokimyasal tetkikleri ve nörolojik muayenesi normaldi. Kranyal MRG normaldi, MR-A tetkikinde sol internal karotis arterde anevrizma saptandı (Resim ). İntrakranyal veya subaraknoid kanama belirti ve bulgusu saptanmadı. Bu ağrının anevrizma ile ilişkisi net olarak ortaya konulamamakla beraber hasta anevrizma tedavisi için nöroşirürji kliniğine devredildi. Coil uygulaması ile anevrizması tedavi edildi. Hastaya cinsel aktiviteden 30-60 dakika öncesinde indometazin kullanması önerildi. Hasta iki kez indometazin önleme tedavisi şeklinde kullandığını, birkaç kez ilaç almadan cinsel aktivite yaşadığını ancak baş ağrısı yaşamadığını ifade etti. Hastanın iki yıllık izleminde benzer şikayeti olmadı.



Resim . Internal karotis arter anevrizması.

## OLGU 3

Otuz beş yaşında erkek hasta bir gece önce cinsel ilişki esnasında, en şiddetli hale bir dakika içinde ulaşan, enseden başlayıp tüm başa yayılan sıcaklık, ateş hissi benzeri bir hisle birlikte bir ağrı tanımlıyordu. Tam koitus esnasında ortaya çıkan ağrısını VAS= 10 puan olarak değerlendirdi. Herhangi bir ilaç almadan ağrısının yarım saat içinde belirgin olarak azaldığını ancak yaklaşık 10 saat sonra bile başta bir dolgunluk hissinin olduğunu ifade etti. Son üç ayda ikinci kez böyle

bir ağrı deneyimini yaşadığını belirtti. Özgeçmişinde bir özellik olmayan hastanın soy geçmişinde babasında hipertansiyon (HT) ve serebrovasküler olay (SVO) öyküsü mevcuttu. Biyokimya tetkiki, fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Kranyal MRG ve MR-A tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya cinsel aktiviteden 30-60 dakika öncesinde indometazin kullanması önerildi. Hasta beş kez indometazin önleme tedavisi şeklinde kullandığını, birkaç kez ilaç almadan cinsel aktivite yaşadığını ancak baş ağrısı yaşamadığını ifade etti. Hastanın bir yıllık izleminde benzer şikayeti olmadı.

## TARTIŞMA

Primer CAB, Uluslararası baş ağrısı cemiyetinin [International Headache Society-IHS]] son sınıflamasında intrakranyal bozukluk olmadan ya cinsel yoğunlukta artış ile veya orgazm ile aniden oluşan, cinsel uyarılma ile presipite olabilen (mastürbasyon veya koitus) cinsel aktivite ile ilişkili baş ağrısı olarak tanımlanır. Başlangıç yaşı sıklıkla 2.-4. dekadlar arası olarak tanımlanmıştır (1,4). IHS'nin 1988'de yayınladığı kriterlerde cinsel aktivite ile ilişkili 3 karakteristik baş ağrısı tipi vardı. Bunlar;

a) Tip 1: cinsel eksitasyon ile tedricen artan bilateral oksipital basınç benzeri baş ağrısı,

b) Tip 2: patlayıcı zonklama özelliğinde, orgazmda veya hemen öncesinde görülen baş ağrısı ve

c) Tip 3 ise holosefalik, pozisyonel ve koitus sonrasında ortaya çıkan ve düşük BOS basıncı baş ağrısı ile tutarlı klinik özelliklere sahip olan baş ağrısı idi.

2004 sınıflamasında IHS üçüncü tipi kaldırdı ve düşük BOS basıncı baş ağrısı kategorisi içine yerleştirdi. 2013'deki son sınıflandırmada tip 1 ve 2 bir antite olarak kabul edildi ve artık orgazmik ve preorgazmik olarak alt gruplarına ayrılmamaktadır (1, 4, 5, 6). Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması üçüncü basımı CAB tanı kriterleri Tablo 1 ve Tablo 2' de bahsedilmiştir.

CAB'nin yaşam boyu prevalansının %1 olduğu, erkeklerin daha fazla etkilendiği ve erkek / kadın görülme oranının 3-4/1 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada baş ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran hastaların %1.6'sında CAB görüldüğü ve tüm diğer primer baş ağrısı tanılarından herhangi birini alan

**Tablo 1.** Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması-3 (beta versiyon) Cinsel Aktivite İle İlişkili Primer Baş Ağrısı Tanı Kriterleri (1).

<b>Cinsel Aktivite İle İlişkili Primer Baş Ağrısı (4.3)</b>	
A.	B ve D ölçütlerini karşılayan en az 2 baş ve/veya boyun ağrısı epizodu
B.	Yalnızca cinsel aktivite süresince meydana gelme
C.	Aşağıdakilerden biri ya da her ikisi
1.	Cinsel uyarılmanın artışı ile şiddette artma
2.	Orgazm ile birlikte veya hemen öncesinde ani patlayıcı şiddette baş ağrısı
D.	1 dakika- 24 saat şiddetli yoğunlukta devam eden ve/veya 72 saate varan hafif şiddetli baş ağrısı
E.	Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflamasına (ICHD-3) göre başka bir tanı ile daha iyi açıklanamaz

**Tablo 2.** Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması-3 (beta versiyon) Cinsel Aktivite İle İlişkili Muhtemel Primer Baş Ağrısı Tanı Kriterleri (1).

<b>Cinsel Aktivite İle İlişkili Muhtemel Primer Baş Ağrısı (4.3.1)</b>	
A.	Aşağıdakilerden herhangi biri
1.	B-D kriterlerini karşılayan tek baş ağrısı epizodu
2.	B ölçütünü ve de C ve D kriterlerinden birini karşılayan en az iki baş ağrısı
B.	Yalnızca cinsel aktivite süresince meydana gelme
C.	Aşağıdakilerden biri ya da her ikisi
1.	Cinsel uyarılmanın artışı ile şiddette artma
2.	Orgazm ile birlikte veya hemen öncesinde ani patlayıcı şiddette baş ağrısı
D.	1 dakika- 24 saat şiddetli yoğunlukta ve/veya 72 saate varan hafif şiddette devam etme
E.	Diğer herhangi bir baş ağrısı bozukluğu için ICHD-3 kriterlerini karşılamaz
F.	ICHD-3'e göre başka bir tanı ile daha iyi açıklanamaz

hastalar içinde CAB'nin %7 oranında görüldüğü bildirilmiştir (7, 8, 9). Vakaların %60'ında ağrı bilateral gelişir, %80 oranında oksipital lokalizasyondadır, genellikle 10 dakika ile 3 gün arasında (ortalama 3-4 saat) sürer (1, 10).

Ayrırcı tanıya reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu (RSVS), boyun arter diseksiyonu, arteriyovenöz malformasyon veya anevrizma rüptürüne bağlı subaraknoidal kanama, menenjit, ensefalit, tümör içine kanama ve feokromositoma girmektedir. Nörolojik semptomu olan cinsel aktivite başağrılı birçok vakada bazı ilaçların kullanımı ile ilişki bulunmuştur (amiodaron, doğum kontrol hapları, psödoefedrin ve kannabinoidler). Cinsel birleşme sırasında miyokardial iskemi oluşabileceği göz önünde bulundurulduğunda koroner arter hastalığı risk faktörü bulunan bireylerde, yansıyan kardiyak ağrı (kardiyak sefalji) cinsel aktivite baş ağrısının bir

nedeni olarak düşünülmalıdır. Kardiyak vazospazmlara bağlı ağrıda vazodilatör ilaçlar, CAB durumunda ise analjezikler kullanılabilir; bu iki durum doğru ayırt edilmezse anevrizma veya AVM rüptürü sonucu kanamış bir sekonder CAB'de verilecek bir yanlış vazodilatör ilaç hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir (4, 6, 11). Erkek hastalarda ereksiyon bozukluğuna bağlı fosfodiesteraz-5-inhibitör (FDE-5) (sildenafil, tadalafil, verdanafil) kullanımı hatırlanmalıdır. FDE-5 inhibitörleri guanilat siklazı aktive eder, siklik guanozin monofosfatı (cGMP) artırır ve nitrik oksit benzeri etkilere yol açabilir. Sonuçta migren ve benzeri vasküler komponentin patofizyolojide rol oynadığı vasküler başağrılarına yol açabilirler (12, 13). Cinsel aktivite baş ağrısının nörolojik olmayan diğer muhtemel nedenleri arasında glokom, miksödem, anemi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sinüzit, hipoglisemi, Cushing hastalığı ve abdominal aort oklüzyonu yer alır (4). Tip 2 patlayıcı CAB en yaygın ve inme ile ilişkili olandır. Ani başlangıç, aşırı şiddet, zonklayıcı özellik ve oksipital veya yaygın lokalizasyon gibi birçok klinik özellik Tip 2 CAB ile feokromositoma baş ağrısında ortak olarak bulunmaktadır. Bu nedenle bu hastalarda feokromositoma olasılığı mutlaka dışlanmalıdır (4, 10).

Tipik klinik prezentasyona sahip iki olgumuzda olası sekonder patolojiyi saptamak için yapılan görüntüleme bulguları normaldi. Bu olguların ikisi gök gürültüsü başlangıç tanımlıydı. Sekonder neden olarak anevrizma saptadığımız olgu kadın olup bu olguda baş ağrısına bilinç kaybı ve ense sertliği gibi subaraknoidal kanama semptom ve bulguları eşlik etmiyordu.

Tip 1 (künt gerilim tip) ve tip 3 (düşük BOS basıncı) literatürde benign koital baş ağrısı vakalarının 1/3'ünün daha azından sorumlu olduğu bildirilmiştir. Primer CAB migren baş ağrısı ile ilişkili bulunmuştur ve migrenin bir varyantı olabileceği öne sürülmüştür. Migren hikayesi olan hastalarda oluşan nörolojik semptomla ilişkili koital baş ağrısının orgazm sırasındaki hemodinamik değişiklikler nedeni ile migrenin komplike olmuş formu olarak düşünülmesi gerektiği veya serebral metabolik oteoregülasyon bozukluğunun buna yol açabileceği savunulmuştur. Bir olgumuzun özgeçmişinde gerilim tip baş ağrısı mevcutken diğer bir olgumuzun soy geçişinde HT ve SVO öyküsü

vardı. Her üç vakanın da ilk ve takip nörolojik muayeneleri olağandı. Bununla birlikte CAB'yi takiben persistan nörolojik defisitler de bildirilmiştir, ancak bu olguların bile çoğunda prognoz iyi seyretmiştir (4, 13-14).

Bazı primer CAB olgularında patofizyoloji açık değildir. Preorgazmik baş ağrısının gerilim baş ağrısının bir varyantı olduğu düşünülmüş olmakla beraber bu yönde deneysel çalışmalar yapılmamıştır (8, 12, 13, 15). Lance tip 1 CAB'nin cinsel aktivite sırasında boyun ve çene kaslarındaki aşırı kasılmasından dolayı ortaya çıktığını, bunun da bilinçli relaksasyon ile engellenebileceğini savunmuştur. Patlayıcı tip 2 CAB orgazm sırasında kan basıncındaki ve kalp hızındaki hızlı artışa bağlanmıştır (4, 16). Bununla beraber her iki tipin özellikleri ve semptomları örtüşür ve en azından bugün bu noktada tip 1 ve 2'nin patofizyolojik açıdan farklı olduğuna dair kanıt yoktur (4, 7, 17). Valsalva manevrasına bağlı intrakranyal hipertansiyon altta yatan ortak mekanizma olabilir. Valsalva manevrası intratorasik ve intraabdominal basınç artışına neden olur, sağ atriuma venöz dönüş engellenir ve böylece santral venöz basınç artar. Epidural venöz pleksus ve juguler venöz sistemin kapakları olmadığı için intrakranyal basınç artışı ile intrakranyal venöz basınç artar. Venöz damarlardaki bazı reseptörlerin intrakranyal basınç değişikliklerine duyarlı olması mümkündür ve bu durum baş ağrısının nedeni olabilir (8, 15, 18).

Eğer hasta yalnız bir atak yaşamışsa, kadın ise, bilinç kaybı gibi diğer semptom ve bulgular var ise, 40-50 yaş üzerinde ise ve ağrı 24 saatten uzun sürmüştür sekonder nedenlerden şüphelenilmelidir. Tipik klinik prezentasyona sahip olgularda bile (orta yaş, erkek, normal nörolojik muayene) olası sekonder patolojiyi dışlamak zorunludur (10).

İdyopatik olanlarda bir etyoloji saptanmazken, semptomatik olanların büyük çoğunluğunda RSVS, vasküler malformasyona bağlı intrakranial değişiklikler ortaya çıkabilir. Kanama en erken BT ve LP ile, 24 saat geçtikten sonra ise MR ile doğru bir şekilde tanınır. RSVS durumunda Time of Flight (TOF) MR-A' da intrakranial segmental vazokonstriksiyon ve vazodilatasyonlar tanı koyduracaktır.

Bu tip baş ağrılarının dörtte üçü epizodik seyir ile (cinsel aktivitenin devam etmesi halinde arada bir aydan uzun süreli remisyon dönemleri

olan en az iki atak vardır), geri kalan dörtte biri ise kronik seyir ile (atac dönemi on iki aydan uzundur, remisyon dönemleri ise dört haftadan uzun sürmez) devam etmektedir (19). Bazı hastalarda baş ağrısı başladığında cinsel aktivitenin kesilmesi veya daha pasif bir rol üstlenilmesi ile bu tip baş ağrısının şiddeti azalabilmektedir. Cinsel aktiviteyi sürdüren hastalarda atakların daha sık olması nedeni ile bazı otörler akut evrede cinsel olarak inaktif kalınmasını önermektedir (8). İndometazin önleyici (cinsel aktiviteden 30-60 dakika önce 50-100mg) veya akut tedavi amacı ile 25- 200 mg/gün dozlarında kullanılması ile iyi sonuçlar elde edilebilir (4, 8). Diğer COX inhibitörlerinin aksine indometazinin nitrik oksit aracılı dural vazodilatasyonu inhibe etme etkisi olduğu gösterilmiştir. Primer egzersiz, öksürük baş ağrısında ve CAB'de ortak patofizyolojik yol olarak öne sürülen hızlı intra abdominal basınç artışı ve serebral vasküler yapının uygun olmayan reaksiyonu mekanizmalarının indometazine yanıt alınmasının nedeni olabileceği düşünülmektedir (20). İbuprofen, diklofenak, parasetamol ve asetilsalisilikasitin akut tedavide hemen tüm hastalarda etkinliği gösterilememiştir (21).

İndometazini tolere edemeyen hastalarda veya indometazinin etkisiz olduğu durumlarda akut tedavi veya önleyici tedavi için triptanların kullanımı alternatif seçenek olabilir. Naratriptan (2,5 mg) gibi düşük absorpsiyon oranına sahip triptanların cinsel aktiviteden en az 1 saat önce alınması faydalı olabilir. Literatürde ayrıca subkutan (6 mg) / oral (50 mg) sumatriptan, intranasal zolmitriptan (5 mg), oral almotriptan (12,5 mg) ve rizatriptan (10 mg) akut veya profilaktik tedavide kullanımı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir (19, 21).

Daha uzun süreli atak dönemlerinin olduğu veya kronik seyirli hastalık durumunda profilaktik tedavi gerekli olabilir (19). Profilakside metoprolol, bisoprolol ve propranolol gibi beta blokörlerin etkinliği gösterilmiştir (8). Propranolol (40-200mg/gün) kullanımını destekleyen çalışmalar olduğu gibi yararlı olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (4, 22, 23). Frese ve arkadaşlarının çalışmasında propranolol profilaksisi ile başarı oranı % 80 olarak bildirilmiştir (7). Metoprolol (50 mg) yine eşdeğer bir alternatif olarak görülmektedir. Optimal beta blokör dozu migrendeki kullanımına benzerdir.

Spontan remisyonların sık olması nedeni ile kısa süreli profilaksinin (2-6 ay) yeterli olacağı düşünülmektedir (19, 21).

Sonuç olarak, tedavi sekonder CAB'de etyolojiye yönelik olarak planlanmalıdır. Doğru bir tedavi ile bu ağrılar genellikle tekrarlamamaktadır. CAB' ler gündeme geldiğinde; cinsel aktiviteden kaçmak amaçlı psödo baş ağrıları, yasal olmayan ilişkilerin getirdiği stresler de her zaman ayırıcı tanıda hatırlanmalıdır. Ayrıca cinsel aktivite baş ağrısı ile polikliniğe başvuran hastalarda mutlaka altta yatan olası patolojinin dışlanması amacı ile ayrıntılı anamnez alınmalı, gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri istenmeli ve değerlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders. 3th edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33(9): 749-57.
2. Vergallo A, Baldacci F, Rossi C, Lucchesi C, Gori S. Sexual headache: two familiar orgasmic headache cases and review of the literature. Acta Neurol Belg 2015;115:757-58
3. Johns DR. Benign sexual headache within a family. Arch Neurol 1986; 43: 1158-1160.
4. Cutrer FM, De Lange J. Cough, Exercise, and Sex Headaches. Neurol Clin 2014; 32: 433-50.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1): 9-160.
6. Allena M, Rossi P, Tassorelli C, Ferrante E, Lisotto C, Nappi G. Focus on therapy of the chapter IV headaches provoked by exertional factors: primary cough headache, primary exertional headache, and primary headache associated with sexual activity. J Headache Pain 2010; 11: 525-30.
7. Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwaag S, Husstedt IW, Evers S. Headache associated with sexual activity: demography, clinical features and comorbidity. Neurology 2003; 61: 796-80
8. Wang SJ & Fuh JL. The "Other" Headaches: Primary Cough, Exertion, Sex, and Primary Stabbing Headaches. Curr Pain Headache Rep 2010; 14: 41-6
9. Tuğba T, Serap U, Esra O, Ozlem C, Ufuk E, Levent EI. Features of stabbing, cough, exertional and sexual headaches in a Turkish population of headache patients. J Clin Neurosci 2008; 15: 774-77.
10. Alvarez R, Ramón C, Pascual J. Clues in the Differential Diagnosis of Primary vs Secondary Cough, Exercise and Sexual Headaches. Headache Currents 2014; 54: 1560-62
11. Dora, Babür. Prof. Dr. (2016, 17 Kasım). Zevk ızdıraba dönüşünce: Orgazmik baş ağrısı. Erişim tarihi: Aralık 2016, <http://www.noroloji-postasi.com/zevk-izdiraba-donusunce-orgazmik-bas-agrisi>
12. Ewans RW, Mathew NT. Diğer İkincil Başağrıları ve İlişkili Hastalıklar. In: Ertaş M, Kayrak N, Türkçe editörler. Başağrısı El Kitabı. İstanbul: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 308-9.

Akyol ve ark.

13. Üçler S. Diğer Birincil Baş ağrıları. In: İnan LE, editör. Nörolojide yeni ufuklar, Baş ağrıları. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2011. p. 122-4.
14. Biehl K, Evers S, Frese A. Comorbidity of migraine and headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2007; 27: 1271-3.
15. Doepp F, Valdueza JM, Schreiber SJ: Incompetence of internal jugular valve in patients with primary exertional headache: a risk factor? *Cephalalgia* 2008; 28: 182-5.
16. Lance JW. Headaches related to sexual activity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976; 39: 1226-30.
17. Yeh YC, Fuh JL, Chen SP, Wang SJ. Clinical features, imaging findings and outcomes of headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2010; 30: 1329-35.
18. Queiroz LP: Symptoms and therapies: exertional and sexual headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5: 275-78.
19. Frese A, Rahmann A, Gregor N, Biehl K, Husstedt IW, Evers S. Headache associated with sexual activity: prognosis and treatment options. *Cephalalgia* 2007; 27: 1265-70.
20. Bougea A, Constantinides V, Anagnostou E, Kararizou E. An uncommon coexistence of primary sexual, cough and exercise headaches: the first three cases from Greece. *Hippokratia* 2015; 19: 369-71.
21. Frese A, Gantenbein A, Marziniak M, Husstedt IW, Goadsby PJ, Evers S. Triptans in orgasmic headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 1458-61.
22. Silbert PL, Edis RH, Stewart-Wynne EG, Gubbay SS. Benign vascular sexual headache and exertional headache: interrelationships and long term prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54: 417-21.
23. Evans RW, Pascual J. Orgasmic headaches: clinical features, diagnosis, and management. *Headache* 2000; 40: 491-4.