

# BAŞ AĞRISI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

*Dr. Mustafa YILDIZ*

*Fırat Üniversitesi Tıp Fak.*

*Acil Tıp AD*

- **Acil servislere başvuran hastaların %4'ü**
- **Baş ağrısı hastanın hayatını tehdit ediyor mu?**

# **Epidemiyoloji**

- **En sık neden benign primer baş ağrıları**
- **Sekonder nedenler %3,8**
- **Migren tipi baş ağrılarının prevalansı**
  - kadınlarda %17
  - erkeklerde %5

# Sınıflama

- Baş ağrıları International Headache Society tarafından 1988 yılında
  - Primer baş ağrıları
  - Sekonder baş ağrıları olarak ayrılmış

# Primer Baş Ağrısı Nedenleri

✓ *Migren*

✓ *Gerilim*

✓ *Küme (Cluster)*

*tipi baş ağrıları*

# Sekonder Baş Ağrısı

- *Vasküler*

- *Subaraknoid hemoraji*

- *İntraparankimal kanama*

- *Subdural hematom*

- *İskemi (stroke, TIA)*

- *Kavernöz sinüs trombozu*

- *AV malformasyonlar*

- *Temporal arteritis*

- *Karotid, vertebral arter disseksiyonu*

- *SSS enfeksiyonları*
  - *Menenjit*
  - *Ensefalit*
  - *Cerebral abseler*
- *SSS dışı enfeksiyonlar*
  - *Fokal veya sistemik enf.*
  - *Sinüzitler*
  - *Herpes zoster enf.*

- *Oftalmik*
  - *Glokom*
  - *İritis*
  - *Optik nörit*
  
- *SSS diğer nedenleri*
  - *Tümörler*
  - *Pseudotümör cerebri*



- **İlaç, toksik, metabolik nedenler**

- *Nitrat ve nitritler*
- *MAO inhibitörleri*
- *Kr. Analjezik kullanımı*
- *Hipoksi*
- *Hiperkapni*
- *Hipoglisemi*
- *CO zehirlenmeleri*
- *Alkol geri çekilme send.*

- **Diğer nedenler**

- *Malign HT*

- *Preeklampsi*

- *Feokromasitoma*

- *Ateş*

- *Lomber ponksiyon sonrası*

- *Dental nedenler*

- *Kulağa bağlı nedenler*

# **Yaklaşım**

- ACEP, erişkinlerde baş ağrısını 4 kategori olarak vurgulamış

<b>KATEGORİ</b>	<b>ÖRNEK</b>
1. Acil tanı ve tedavi <u>gerektiren</u> kritik ikincil nedenler	SAK, menenjit, KİBA olan beyin tümörü
2. Acil tanı tedavi <u>gerektirmeyen</u> kritik ikincil nedenler	KİBA olmayan beyin tümörü
3. İyi huylu ve geri dönüşlü olan ikincil nedenler	Sinüzit, hipertansiyon, LP sonrası baş ağrısı
4. Birincil baş ağrısı sendromları	Migren, gerilim ve küme tipi baş ağrıları

# Öykü

## – Ağrı karakteri;

- ✓ ilk ciddi ya da en kötü
- ✓ günler içinde kötüleşen
- ✓ önceki ağrılarından farklı

## – Başlangıç zamanı;

- ✓ ani başlangıç %25 SAK ile ilgili

## – Ağrının lokalizasyonu

- Migren unilateral
- Gerilim tip bilateral
- SAK ağrısı oksiputonukkal

# Öykü

• *Bilinen baş ağrısı hikayesi olanlarda*

✓ *şiddet*

✓ *süre*

✓ *eşlik eden semptomlarda farklılık mutlaka sorgulanmalıdır.*

# Lokalizasyon

- *Lokalizasyon, nonspesifik ve tanı üzerinde etkin değil*
- *Migren en sık unilateral, gerilim tipi ise bilateral*
- *Occipito-nuchal bölgede tariflenen baş ağrıları intrakraniyal patolojilerin göstergesi??*

# Eşlik Eden Semptomlar

- senkop
- bilinç değişikliği
- ense ağrısı-sertliği
- görme bozuklukları
- ateş, konfüzyon, nöbet öyküsü
- Visüel değişiklikler gözde ağrı glokom
- Yüzde ağrı ve dolgunluk hissi sinüzit
- Çenede klodikasyo temporal arterit için ipucu



- **Kullandığı ilaçlar**
  - *nitrogliserin*
  - *kr analjezik kullanımı*
  - *MAO inhibitörleri*
  - *antikoagulan kullanımı*
- **Önceden varolan travma hikayesi**

# Diğer durumlar

- Zehirlenme (CO)
- malignensi
- AIDS
- koagulopati
- HT
  
- Eski nörolojik görüntüleme sonuçları öğrenilmelidir

# Soygeçmiş

- Migren'de aile öyküsü
- 1. ve 2. derece yakınlarında intrakraniyal anevrizma veya SAK olanlarda, SAK riski 4 kat daha fazla

# Fizik Muayene

- Vital bulgu anormallikleri
- Ateş
- Sinüzit için baş boyun ve sinüs muayenesi
- Temporal arter palpe edilmeli ağrı, pulsasyonda azalma
- Göz muayenesinde, papil ödemi bakılmalı

# **Fizik Muayene**

- **Nörolojik muayene mutlaka yapılmalı:**
  - **mental durum**
  - **kraniyal sinirler**
  - **motor ve duysal muayene**
  - **reflexler**
  - **yürüyüş ve serebellar testler**

# Bayan

- Migren baş ağrıları kadınlarda daha sık.
  - menarş
  - menstruasyon
  - oral kontraseptif kullanımı
  - gebelik
  - menapoz, gibi faktörlerin tümü migreni etkiler
- Preeklampsi dışlanmalıdır

# Yaş

- 50 y civarlarında başlayan baş ağrıları muhtemelen sekonder nedeni

# TANISAL TETKİKLER

## BT

### Endikasyonları;

- Ciddi, ani başlangıçlı baş ağrıları
- İntrakranyal enfeksiyon şüphesi
- Nörolojik defisit varlığı
- **Kontrastsız BBT, SAK ve diğer pek çok ikincil nedeni tanır ancak ekarte etmez**
- **Kontrastlı BBT → İK kitle, HIV'li**



# TANISAL TETKİKLER

## LP

- Menenjit ve BT (-), SAK şüphesinde
- KİBA şüphesi varsa kontrendike
- Papil ödem yokluğu, normal bilinç ve nörolojik muayene KİBA şüphesini ekarte ettirir
- Antibiyoterapi için KİBA olmayan menenjit şüphesinde BT'den önce yapılabilir

# TANISAL TETKİKLER

## MRG

- **Pahalı ve zor erişilebilir**
  - Diffüz aksonal hasarlanma
  - Küçük parankimal lezyonlar
  - İzodens subdural kanamalar
- **Tümörler için BT'den daha spesifik**

# Primer Baş Ağrısı Sendromları

- Çoęu bakımdan çakışırılar
- Klinik olarak ayırt etmek zaman zaman imkansızdır

# Migren

- Genç yaşlarda başlangıç sık
- Prevalans
  - erkeklerde %5
  - kadınlarda %15-17
- 40 y civarında pik

# Patofizyoloji

- **Başlangıçta auradan sorumlu vazokonstriksiyon**
- **Baş ağrısının nedeni olan rebound bir vazodilatasyon**
- **Auraların primer nöronal disfonksiyona bağlı ortaya çıktığı düşünülmekte**

# Patofizyoloji

- Aura ve baş ağrılarını başlatan nedenler tam olarak açıklığa kavuşmamıştır
- Dura ve kan damarları gibi ağrıya duyarlı bölgelerde nöropeptitlerin salınımına bağlı inflamasyon oluşmakta

# **Klinik Özellikler**

- **%80 aurasız**
- **Başlangıçta daha az şiddetlidir ve 4-72h içinde sonlanır**
- **Tek taraflı, pulsatil**
- **Fizik aktivite ile artar**
- **Bulanti, kusma ,fotofobi veya fonofobi**

# Klinik Özellikler

- Skotomlar, parlak ışıklar, hemiparestezi ve hemipareziler, afazi veya diğer konuşma bozuklukları tipik auralardır
- Auralar, baş ağrısından saatlerce önce ortaya çıkan letarji, hiperaktivite, depresyon, poliüri, sıvı retansiyonu, iştah artışı gibi migren prodromlarından ayrılmalıdır.



# Tedavi

- **Acil servisteki baş ağrılı hastaların tedavisinde**
  - **Kontrendikasyonlar**
  - **Yan etkiler**
  - **Daha önceki ilaç deneyimleri**
  - **Maaliyet**
  - **Uygulama kolaylığına dikkat edilmelidir**

# Tedavi

- İlaç tedavisi ile birlikte hastanın karanlık ve sessiz bir ortama alınması ve IV rehidratasyon (özellikle bulantı ve kusması olanlarda) yararlıdır

# Tedavi

## Gebelerde

- Atakta ilaçsız tedavi denenmelidir
- Gerekirse Asetaminofen, Metoklopromid, NSAİ ilaçlar kullanılabilir (Klas B)

# Dihidroergotamin (DHE)

## Dozaj

- 1mg IV 3dk üzerinde olacak şekilde
- Eğer rahatlama olmaz ise 60 dk sonra tekrarlanabilir
- Uygulamadan önce antiemetik

## Kontrendijasyonlar

- Gebelik
- kontrol edilmemiş HT
- KAH
- periferal vasküler hastalık
- yakın geçmişte sumatriptan kullanımı

## Yan etkiler

- Bulantı
- kusma
- diare
- abdominal ağrı
- bacakta kramp

# Sumatriptan

- **Dozaj**

6 mg subcutan  
düzelme olmaz ise  
doz tekrarlanabilir  
(tekrar dozun sınırlı  
yararı var)

- **Yan etkiler**
- bulantı kusma
- sıcaklık hissi
- kulak çınlaması
- enjeksiyon bölgesinde rahatsızlık

# Klorpromazin

- **Dozaj**

7,5 mg IV

Verilmeden önce IV  
salin solüsyonu bolus  
verilmesi  
hipotansiyon riskini  
azaltır

- **Kontrendikasyonlar**

- Gebelikte dikkatli kullanılmalıdır
- hipotansiyon
- uyku hali
- distonik reaksiyon

# Proklorperazin

- **Dozaj**

5-10 mg IV veya rektal kullanılabilir.

- **Yan etkiler**

- Gebelikte dikkatli kullanılmalı
- uyku hali
- distonik reaksiyon yapabilir.

# Metaklopramid

## Dozaj

10 mg IV olarak uygulanabilir

## Yan etkiler

- Gebelikte dikkatli kullanılmalıdır
- uyku hali
- distonik reaksiyon yapabilir



# **Ketoralak**

- **Dozaj**  
30-60 mg IV
- **Kontrendikasyonlar**
  - NSAİ intoleransı
  - peptik ülser
  - yaşlı hastalarda!!

# Migrende Proflaksi

- Sık migren atakları geçiren hastalarda
  - B-blokörler (atenolol, metoprolol)
  - Ca kanal blokörleri,
  - trisiklik antidepresanlar
  - NSAİ ilaçlar

# Gerilim Tipi Baş Ağrısı

- **Ekstrakraniyal kas yapılarının gerilimi sorumlu tutulmuş**
  - **Bilateral, pulsatil olmayan, dış uyarınlarla ve bulantı-kusma ile ilişkisiz baş ağrısı**
  - **Hafif-orta ataklarda basit analjezikler yeterli iken, şiddetli ataklar migren gibi tedavi edilmelidir**

# Cluster (küme)

- Nadir görülür ve kısa sürelidir
- Erkeklerde ve 20 yaş sonrası daha sık
- Etiyolojide trigeminal sinir patolojileri
- 15-180 dakika süren ciddi, tek taraflı orbital, supraorbital veya temporal ağrılar

# Cluster (küme)

- Konjonktival ödem, lakrimasyon, nazal konjesyon, rinore, yüzde terleme, miyozis, veya pitozis eşlik edebilir
- Tedavide O2 %70 etkili
- DHE ve sumatriptan hızlı etki gösterir
- Uzun dönemde NSAİ ilaçlar remisyonu hızlandırır, rekürrensi azaltır

# SEKONDER BAŞ AĞRISI

- **Subaraknoid Kanama (SAK):**
  - ABD'de 6-25/100000/yıl
  - nontravmatik baş ağrılarının %1'i
  - 50 yaş civarına ve kadınlarda sık
  - Hastaların %50'si ilk 6 ay içerisinde ölür
  - Kurtulanların %58'i hastalık öncesi fonksiyonlarına dönebilirler

# Klinik Özellikler

- Hastaların yarısında vital bulgular, bilinç düzeyi ve nörolojik muayene normal, ense sertliği yok
- Ağrı oksiputonukkal bölgede
- Kas kökenli ağrılarla karışır
- Ağrının spinal hat boyunca yayılımı kanın bu alana geçtiğini gösterir
- Ağrı tedavisine iyi cevap SAK'ı DIŞLAMAZ

# Tanı

- Yeni nesil BT cihazları ağrının ilk 24 saatinde içinde %93 sensitiviteye sahip
- Hb<10mg/dl ise kanama izodens görünür ve ATLANIR!!!
- BT negatif ise LP yapılabilir, “ksantokromi” oluşabilmesi için 12 saat gerekir
- Spektrofotometrik bakılırsa %100 sensitif



# **Menenjit**

- **Baş ağrısı şiddetli ve ani başlangıçlı**
- **Ancak immun komprezimize hastalarda sinsi seyredebilir.**
- **Bilinç düzeyi, nörolojik muayenesi normal olan ve papilödem olmayan hastalarda LP, BT öncesi yapılabilir**
- **Bakteriyel menenjit şüphesinde antibiyotikler**

# **İntraparankimal kanama ve iskemi**

- İntraparankimal kanama yaklaşık %55**
- İskemik inme'de %17**
- TİA'da %6 baş ağrısı**

# Subdural Hematom

- Yakın geçmişte travma öyküsü
- anti-koagülan kullanımı
- kronik alkolizm
- yaşlılarda baş ağrısında

# Beyin Tümörleri

- %70'inde tanıda baş ağrısı var ve %8 nörolojik muayene normal
- Ağrı tipi yardımcı değil
- Sabahları şiddetlenme, bulantı, kusma gibi beyin tm klasik bulguları nadir
- Ağrı tümöre bağlanıyor, 24 saat içinde takip sağlanacaksa ve KİBAS bulguları yoksa hasta ayaktan takip için taburcu edilebilir

# Temporal Arterit

- Arter duvarlarında elastin birikimiyle karakterize bir panarterittir
- 50 yaş üstü ve kadınlarda daha sık
- insidansı 15-30/100.000 civarında
- Frontotemporal bölgede zonklayıcı ağrı en sık semptom
- Temporal arterde pulsasyon kaybı ve çene klodikasyonu öyküyü destekler

# Temporal Arterit

- En ciddi bulgu optik nörite bağılı görme kaybı
- Tanı için en az üç tanesi gerekir:
  - 50 yaş üstü
  - Yeni başlangıçlı lokalize baş ağrısı
  - Temporal arter duyarlılığı veya azalmış pulsasyon
  - 50 mm/st'den fazla ESR
  - Anormal arter biopsisi bulguları

- **Temporal arterit şüphesinde görme kaybını önlemek için 40-60 mg/gün Prednison tedavisine başlanmalı**
- **Hasta uygun takip için yönlendirilmelidir**

# Oftalmik bozukluklar

- Akut glokoma dikkat
- İritis veya optik nörit gibi durumlarda suprasilier ya da orbital-retro orbital ağrılar baş ağrısı olarak tanımlanabilir
- Dikkatli bir göz muayenesi ve gerekirse konsültasyon ile bu tanılar ekarte edilmelidir



# Hipertansiyon

- Genellikle yüksek diastolik basınçlar daha şiddetli ağrı ile birlikte dir
- Dikkatli olunmalıdır, HT sekonder bir nedenin belirtisi olabilir (stroke, feokromasitoma)

# **Sinüzit**

- Tutulan sinüse bağı ağrı lokalizasyonu vardır
- Baş pozisyonu ile ilişkilidir
- Eşlik eden sinüzit düşündürecek bulgular olabilir.

# **Benign İnttrakraniyal HT (pseudotumör serebri)**

- Genç ve obezlerde uzun süreli baş ağrılarında
- OK, tetrasiklin, vitamin A kullanımı
- Papil ödemi, normal şuur, normal BT ve yükselmiş BOS basıncı ile karakterizedir
- Potansiyel tehlike görme kaybı
- Tedavide asetazolamid, steroid
- boşaltıcı LP'ler cerrahi olarak şant

# İnternal karotid arter diseksiyonları

- Nadiren baş ağrısı olabilir
- Spontan ya da travmaya ikincil olabilir
- 50 yaş civarı genç insanlarda sık

# **İnternal karotid arter diseksiyonları**

- **Tek taraflı boyun ağrısı, frontal baş ağrısı**
- **TİA, inme, Horner sendromu, geçici tek taraflı körlük veya kafa çifti palsileri**

# **Vertabral arter diseksiyonları**

- **Ense ağrısı, beyin sapı TIA veya inmesi ve serebellar bulgular ile başvurur**
- **Tanı sıklıkla anjio ile konur, dopler ve MRG'de faydalıdır**

# LP Sonrası Başağrısı

- LP yapılanların %10-36 da görülür
- 24-48 h içinde duradan geçici BOS sızıntısına bağlı
- Basit analjeziklere cevap verir
- Kan yaması

# Temporomandibüler eklem bozukluğu

- TME etrafındaki kas ve bağ yapılarının fonksiyonel bozukluğuna bağlı sürekli bir rahatsızlık hissidir
  - ses ve ağrı varlığı
  - kısıtlanmış çene hareketleri
  - çene açılması sırasında kilitleme
  - dişleri gıcırdatma
  - dil, dudak veya yanak ısırma gibi semptomlar



# **Temporomandibüler eklem bozukluğu**

- **Baş ağrısı yapabilir, ancak sayılan semptomlar baş ağrısına ikincil de olabilir,**
- **Tedavide basit analjezikler denenebilir,**
- **Yaklaşım sıklıkla konservatiftir**

# Trigeminal nevralji

- Trigeminal sinir inervasyon alanında paroksismal gelişen, saniyeler süren şiddetli ağrı atakları ve normal nörolojik muayene bulguları ile karakterizedir

# Trigeminal nevralji

- **Tedavi cerrahi veya medikal olabilir.**
- **Karbamazepin çok etkili bir tedavidir**
- **Dirençli hastalarda nöroloji veya nöroşirurji konsültasyonu istenmelidir**

# Teşekkürler