

BAŞ AĞRISI

Dr. SEZGİN SARIKAYA

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ



BAŞ AĞRISI

- Acil başvurularının % 4-8'i
- % 3.8 de ciddi problemler var
- Çoğu hasta (%25-55) benign primer baş ağrısı
- %1-5'inde ciddi veya sekonder baş ağrısı (SAK %25-50 ilk tanıda atlanıyor)



BAŞ AĞRISI

- Öncelikle baş ağrısının ikincil kaynaklı olan yaşamı tehdit eden nedenleri dışlamak
- Daha sık karşılaşılan birincil baş ağrısının hızlı ve etkili tedavisine başlamak
- Baş ağrısının daha iyi huylu olan ikincil baş ağrısı nedenleri düşünülüp tedavisini vermek
- Tedavisi uygun şekilde yapılan hastaların takibe almak ve ilgili bölüme yönlendirmek

Sınıflama

- Primer
 - Migren
 - Gerilim tipi
 - Küme
- Sekonder
 - Vasküler
 - SAK
 - İntraparenkimal kanama
 - Epidural kanama
 - Subdural kanama
 - İnme
 - Kavernöz sinüs trombozu
 - AVM
 - Temporal arterit
 - Karotis veya vertebral arter diseksiyonu
 - İlaça bağlı
 - Nitratlar
 - MAOI
 - Alkol çekilme
 - SSS enfeksiyonu
 - Menenjit
 - Ensefalit
 - Serebral abse
 - Tümör
 - Psödotümör serebri
 - Oftalmik
 - Glukom
 - İrit
 - Optik nörit
 - Toksik
 - CO intoksikasyonu
 - Endokrin
 - Feokromasitoma
 - Metabolik
 - Hipoksi
 - Hipoglisemi
 - Hiperkapni
 - Preeklampsi
 - Yükseklik serebral ödemi

Reversible Sekonder Nedenler

- Non SSS enfeksiyonu
 - Sinüzit
 - Fokal
 - Sistemik
 - Odontojenik
 - Otit
- İlaça bağlı
 - Kronik analjezik kullanımı
 - Monosodyum glutamat
- Diğer
 - LP sonrası

Patofizyoloji

Beyin parenkiminde ağrı lifleri yok

○ Ağrı kaynağı

- beyni çevreleyen yapılar – meninksler, arter ve venler- ve kafatası boşluklarını sınırlayan dokular.
- Trigeminal sinir oftalmik dalı---- anterior damarların innervasyonu.
- C2 sinir kökü dalları----posterior fossa innervasyonu

Baş Ağrısı

- 1) İntra/ekstrakranial arterlerin dilatasyonu/traksiyonu/distansiyonu.
- 2) Dural zar/intrakranial geniş venlerin yer değiştirmesi/traksiyonu.
- 3) Spinal yada kranial sinirlerin inflamasyonu/traksiyonu/kompresyonu.
- 4) Baş-boyun kas spazmı/inflamasyonu/travması.
- 5) Meningeal irritasyon.
- 6) Artmış intrakranial basınç.
- 7) İntraserebral serotonerjik projeksiyonların bozukluğu.

ACEP Baş Ağrısı Kategorileri

Baş Ağrısı Kategorisi

- I. Acil tanı ve tedavi gereksinimi olan ikincil kritik nedenler
- II. Acil tanı ve tedavi gereksinimi artmış olmayan ikincil kritik nedenler
- III. Benign ve reversibl ikincil nedenler
- IV. Birincil baş ağrıları

Örnekler

- SAK, menenjit, artmış ICP' lı beyin tümörü
- Artmış ICP' lı olmayan beyin tümörü
- Sinüzit, HT, LP sonrası baş ağrısı
- Migren, gerilim tipi, küme tipi baş ağrısı

Hikaye

- Baş ağrısı şekli-karakteri
- Başlangıcı, şiddeti, süresi
- Baş ağrısının lokalizasyonu, nerden başlayıp-nereye yayıldığı
- Uyarıcı-ilişkili-eşlik eden semptomlar
- Artıran/azaltan nedenler
- İlaç kullanımı
- Aile hikayesi

Ciddi bir neden olabileceğini düşündürenler

- 55 yaş üzeri hastalar
- Özellikle hızlı başlangıçlı ilk, en kötü baş ağrısı
- Normal baş ağrısından farklı bir paternde olması
- Artan, persistan baş ağrısı (günler, haftalar)
- Efor sırasında (öksürük, defakasyon) olması
- Eşlik edenler
 - Myalji, ateş, baş ağrısından önce kusma, halsizlik, kilo kaybı, hassas skalp
- Fokal nörolojik bulgu ve semptomlar
- Bilinç değişikliği
- Bilinen sistemik hastalık

Fizik Muayene



- Genel görünüm
- Anormal vital bulgular (ateş, hipertansiyon)
- Baş-boyun ve sinüslerin muayenesi (sinüzit)
- Temporal arter palpasyonu (temporal arterit)
- Dişler ve temporomandibuler eklemlerin muayenesi
- Göz muayenesi, funduskopi (glokom, iritis, göme defektleri, papil ödemi)
- Nörolojik muayene
- Meninks irritasyon bulguları

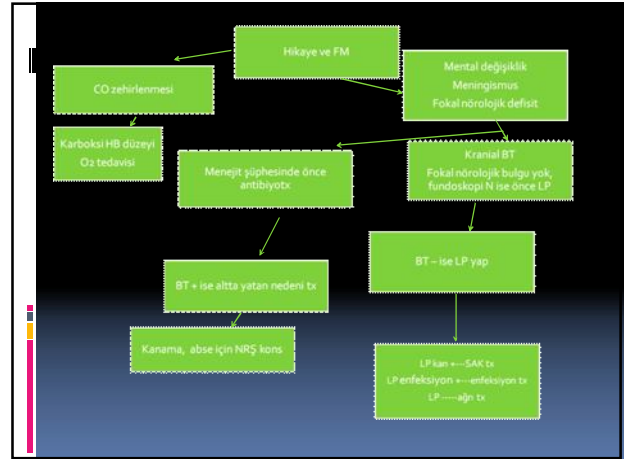
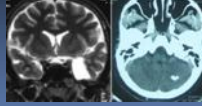
Özel Durumlar



- Kadınlar, migren baş ağrıları.
- Gebeler, migren, preeklampsi, venöz sinus trombozu.
- Yaşlılar, > 50 yaş, ikincil nedenler.
 - > 50 yaş + ani başlangıç + anormal nörolojik bulgu--- malignite ?
- Çocuklar
- HIV ve diğer immünsupresse nedenler, toxoplasmosis, SSS lenfoması.

Yardımcı Tanı Yöntemleri

- **BT:** kontrastsız kranial BT (SAK % 6-8 atlama olasılığı***), kontrastlı kranial BT.
- **LP:** menenjit, BT (-) şüpheli SAK.
- **MRI:** diffüz aksonal yaralanma, küçük parankimal kontüzyonlar, izodens subdural kanamalar ve tümörler



Hayatı Tehdit Eden Nedenler

- Subaraknoid kanama (SAK)
- Menenjit
- Parenkim içi kanama, serebral iskemi
- Subdural hematoma
- Beyin tm (ICP artışı)
- Serebral venöz tromboz



Subaraknoid Kanama

- AS' de ani başlangıçlı, şiddetli, normal nörolojik bakılı tüm hastaların %12'si SAK.
- Ortalama 50 yaş
- 6 ayda mortalite oranı %50.
- %50 hastada normal nörolojik bakı.
- Occipitonuchal lokalizasyon.
- **Tanı:** kranial BT (12-24 saat %93), BT (-) ise LP (ksantokromi varlığı)
- **Tedavi:** grade I,II' de angiografi sonrası cerrahi tedavi, Nimodipine, Fenitoin, antiemetikler.

- Parenkim içi kanama, serebral iskemi
- Subdural hematoma
- Beyin tümörü
- Serebral venöz tromboz

İkincil Baş Ağrısı Nedenleri

- Temporal arterit
- Oftalmik hastalıklar
- Hipertansiyon
- Sinüzit
- İlaç-ilişkili ve toksik/metabolik baş ağrıları
- Benign intrakranial hipertansiyon (pseudotümör serebri)
- İnternal karotid ve vertebral arter diseksiyonu
- LP sonrası baş ağrısı

Benign İntrakranial Hipertansiyon (Pseudotümör Serebri)

- Nadir, genç, obes, uzun süredir var olan baş ağrısı.
- Bulantı, kusma, görme bozuklukları.
- Öyküde (OK , vit A, tetrasiklin kullanımı, tiroid hastalığı)
- Papil ödem, normal bilinç seviyesi, normal BT, LP' de artmış BOS basıncı.
- Tedavi: asetazolamid, steroidler, boşaltıcı LP' ler, cerrahi

Temporal Arterit

- >50 y, kadın
- Sistemik panarterit
- Baş ağrısı % 60-90, şiddetli, zonklayıcı, frontotemporal lokalizasyon, çenede klodikasyon/polimiyalji romatika.
- Temporal arter pulsatil/hassas/azalmış nabız.
- En ciddi komplikasyon görme kaybı!
- Tanı: >50 y, yeni-başlayan lokalize baş ağrısı, temporal arterde hassasiyet/azalmış nabız, ESR >50 mm/saat ve anormal arteriel biyopsi bulguları.
- Tedavi: 40-60 mg prednisone i.v, konsültasyon

Oftalmik Hastalıklar

- Akut glokom, iritis, optik nörit.
- Dikkatli hikaye ve göz muayenesi.
- Gerektiğinde intraoküler basınç ölçülmesi.

Hipertansiyon

- Yüksek diastolik basınç (>100 mmHg).
- Diğer sekonder baş ağrısı nedenleri (Stroke, feokromasitoma, preeklamps)
- End-organ hasarı ?
- Kan basıncı düşürücü tedavi.

İnternal Karotid / Vertebral Arter Diseksiyonu

- Spontan/travmatik, ort 40 y genç hasta.
- Tek taraflı boyun ön yüzde/baş ağrısı, göz çevresinde/frontalde lokalize.
- Nörolojik tablolar sık (TIA/stroke, horner send, tek gözde geçici körlük, kranial sinir felçleri)
- Vertebral arter diseksiyonu; oksipital/ boyun arka yüzde, beyin sapı TIA/stroke
- Tanı: anjiyografi

Birincil Baş Ağrıları

- Migren
- Gerilim tipi baş ağrıları
- Küme tipi baş ağrıları



Migren

- **Epidemiyoloji;** ♂ %5, ♀ %15-17, 40 yaşta pik.
- **Patofizyoloji;** vazokonstriksiyon nedenli aura ve rebound vazodilatasyon nedenli baş ağrısı.
- **Klinik;** aurasız formu sık (%80), 4-72 saat, unilateral, zonklayıcı, fiziksel aktiviteyle kötüleşme, bulantı, kusma, foto/fonofobi, en sık vizüel auralar.

Migren

- POUNDing (pulsatil karakter, 4-72 saat sürmesi, unilateral, bulantı kusma, aktivite kısıtlayacak şekilde şiddetli olması)
- Düşük risk (İleri radyolojik değerlendirme gerekliliği yok)
 1. Evde kullandığı standart tedaviye yanıtı
 2. Bilinen ağrı karakterinde değişiklik olmaması
 3. Öyküde nöbet, ateş, travma olmaması
 4. Nörolojik bakının tamamen normal olması

Migreni tetikleyen faktörler

- Diyet
- Stres
- Çevre değişikliği, alışkanlıklar
- Hormonal
- Duyusal uyaranlar

Migren Nadir Formları

- Baziller migren (beyin sapı semptomları)
- Oftalmik migren (3,4 ve 6. kraniyal sinir parezisi)
- Retinal migren (ani monoküler skotom veya körlük)
- Migrenöz infarkt (7 günden fazla süren aura ve serebral infarkt)
- Migrenöz vertigo

Migren-Tedavi

İlaç	Doz, uygulama	KE, YE
Dihidroergotamin	1mg iv, 3 dk	Gebelik, HT, KAH bulantı-kusma-ishal
Sumatriptan	6 mg sc	Gebelik, HT, KAH Koroner spazm, disritmi
Ketorolak	30 mg iv/60 mg im	PU hik, 3. trimesterde sakın
Klorpromazin	7.5 mg iv	Gebede klass C, hipoTA
Perklorperazin	5-10 mg iv/pr	Gebede klass C
Metoklopramid	10 mg iv	Gebede klass B, distoni
Droperidol	2.5 mg iv/im	QT uzaması, torsade
Mg sülfat	2 g iv, 30 dk	
Metilprednizolon	125 mg iv/im	
• Karanlık-sessiz oda, i.v rehidratasyon		

Migren- Özel Durumlar

- Gebelikte özellikle I. trimensterden sonra düzelir.
- Öncelikle non-farmakolojik tedavi (buz uygulama, dinlenme)
- Asetaminofen, NSAİD, Metoklopramid- klass B
- NSAİD' ler 3.trimensterde kullanılmamalı! (doğum sancılarını inhibe eder ve amniotik sıvıyı azaltır)

Gerilim Tipi Baş Ağrısı

- Migren ile benzer fizyopatoloji.
- Başın etrafında basınç hissi veya sıkıştırma hissi.
- 3 alt tipi mevcut (az sıklık, sık epizodik ve kronik)
- Bilateral, non-pulsatil, eforla kötüleşmez ve bulantı-kusma pek olmaz.
- **Tedavi;** basit analjezikler, NSAİD'ler, ciddi olgularda ise migren tedavisi.

Küme Tipi Baş Ağrısı

- Çok nadir (%0.4).
- Tedavisiz bile çok kısa sürer.
- >20 yaş, ♂ de sık.
- Trigeminal sinir disfonksiyonu.
- Şiddetli, tek taraflı, orbital / supraorbital / temporal ağrı, 15-180 dk.
- Aynı tarafta konjunktival lakrimasyon, nazal konjesyon, rinore, yüzde ödem, miyozis / ptozis.
- Yüksek akımlı oksijen %70 hastada etkin.
- DHE 0.5-1 mg iv/im, İntranasal Sumatriptan 20 mg, zolmitriptan 5-10 mg
- NSAİD'ler atak sıklığını ve şiddetini azaltır

Primer Baş Ağrılarına Acil Serviste Genel Yaklaşım

- **Tedaviye yanıt yoksa-- sekonder** nedenleri düşünün ve AS' de ileri tetkiklere başlayın!
- **Tedaviye yanıt varsa bile-- sekonder** nedenler dışlanamaz!
- Tedavisi zor olan bazı migren ataklarında ağrı kontrolü için gerekirse **hospitalizasyon**.

Akut baş ağrılı erişkin hastanın değerlendirilmesinde yanıtlanması gereken 5 kritik soru: (ACEP Clinical Policies Subcommittee on Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Headache)

- 1) Düşünülen baş ağrısı etyolojisine yönelik tedaviye yanıt var mı?
- 2) AS' de hangi baş ağrılı hastalara görüntüleme yapalım?
- 3) SAK düşünülen hastada kontrastsız kranial BT normalse rutin LP yapalım mı?
- 4) Hangi hasta da kranial BT çekmeden önce güvenle LP yapılabilir?
- 5) Ani başlangıçlı, şiddetli baş ağrılı, kranial BT ve LP negatif çıkan hastada ileri görüntüleme yöntemlerine gerek var mı?

Yanıtlar

- 1) Düşünülen baş ağrısı etyolojisine yönelik tedaviye yanıt var mı?
 - **Yanıt:** Nontravmatik baş ağrısında etyolojiye yönelik tedaviye yanıtta kanıtlanmış veriler olmamakla birlikte, değişik analjeziklere ağrı yanıtında düzelmeyi yada klinik iyileşmeyi gösteren çalışmalar (klass 3) mevcut. (Düzey C)
 - İCH---ibuprofen, ketorolak, proklorperazin
 - Menenjit---dihidroegotamin, metoklopramid
 - CO zehirlenmesi--- sumatriptan
 - Serebral venöz tromboz---sumatriptan
 - Karotid arter diseksiyonu---sumatriptan
 - SAK---sumatriptan

Yanıtlar

- 2) AS' de hangi baş ağrılı hastalara görüntüleme yapalım?
 - **Yanıt:** Baş ağrısı ve nörolojik bakıda anormal bulgusu olan, yeni başlayan şiddetli baş ağrılı hastalar ve HIV (+) hastalara **acil (emergent) kranial BT çekilmeli!** (Düzey B)
 - > 50 yaş ve yeni tipte baş ağrısı olan hastaya ivedilikle (urgent) kranial BT çekilmeli! (Düzey C)

Yanıtlar

3) SAK düşünölen hastada kontrastsız kranial BT normalse rutin LP yapılım mı?

- **Yanıt:** Ani başlangıçlı-şiddetli baş ağrılı ve kranial BT negatif olan ve SAK düşünölen hastalarda LP yapılmalı! (Düzey B)
- **Kranial BT' nin yetersiz olduğu durumlar;** teknik yetersizlik, tanısal yetersizlik , radyolojik yorum değışkenliği, küçük SAK, anemik hasta,
- **LP' nin yetersiz olduğu durumlar;** rüptüre olmamış anevrizma, arteriel diseksiyon , serebral venöz sinüs trombozu , pitüiter apopleksi, nonkoopere/obes hasta, BOS' un venöz kanla kontaminasyonu

Yanıtlar

4) Hangi hastada kranial BT çekmeden önce güvenle LP yapılabilir?

- **Yanıt:** Baş ağrısına ek olarak İCP artışı bulguları varsa LP öncesi mutlaka kranial BT çekilmeli!
- İCP artışı bulguları yoksa kranial BT olmadan LP yapılabilir. (Düzey C)

Yanıtlar

5) Ani başlangıçlı, şiddetli baş ağrılı, kranial BT ve LP negatif çıkan hastada ileri görüntöleme yöntemlerine gerek var mı?

- **Yanıt:** Ani başlangıçlı-şiddetli baş ağrılı, kranial BT (-), BOS açılış P normal ve BOS analizi (-) ise ileri görüntölemeye gerek yok, hasta takibe alınarak taburcu edilebilir. (Düzey B)
- Bazı araştırmacılar " şimşek çakması" şeklinde baş ağrılı hastalarda kranial BT ve LP negatif bile olsa angiografi yapılması gerekliliğini savunur.