

ACİLDE BAŞAĞRISI

Yrd.Doç.Dr. Seden
DEMİRCİ

Nöroloji AD



BAŞAĞRILARI

- Her toplumda ve bölgede çok sık (%50-75)
- Genel acil servislere başvuruların %4.5'u başağrısı nedeni
- Nöroloji acil servislerine başvuruların %37'si başağrısı
- Bunların %5'inde yaşamı tehdit eden neden var

Yaşam boyu prevelans

	erkek	kadın
--	-------	-------

■Tüm baş ağrıları	%93	-	99
■Gerilim tipi baş ağrısı	%69	-	88
■Migren	% 8	-	25

Acil servislere başağrısı müracatları

- % 22-55 migren, gerilim tipi baş ağrısı
- % 33-39 sistemik hastalıklar ile birlikte
- % 1-16 sekonder baş ağrısı

Baş ağrısına neden olan mekanizmalar

- İntrakranial ve ekstrakranial arterlerin dilatasyonu
- Baş ve boyundaki kasların sürekli kasılmaları
- İntrakranial ağrıya duyarlı yapıların basıya uğraması ve yer değiştirmesi
- Ağrıya duyarlı kafa çiftleri ve üst servikal spinal sinirlerin irritasyonu
- İntrakranial ve ekstrakranial ağrıya duyarlı yapıların steril veya nonsteril iltihabi olayları
- Göz, kulak, burun, boğaz ve sinüslerle ilgili patolojiler

BAŞAĞRILARI SINIFLAMA

IHS 2004

A- primer başağrıları %90

B- sekonder başağrıları %10

IHS-2004 Başağrısı Sınıflaması

- 1. Migren
- 2. Gerilim tipi başağrısı
- 3.Küme baş ağrısı ve diğer Trigeminal Otonom Sefaljiler
- 4. Diğer primer başağrıları
- 5. Baş-boyun travması ile ilgili başağrıları
- 6. Kraniyal-servikal vasküler bozukluklarla ilgili başağrıları
- 7. Vasküler olmayan intrakraniyal bozukluklarla ilgili başağrıları
- 8. Madde kullanımı veya bırakmaları ile ilgili başağrıları
- 9. Enfeksiyonlarla ilgili başağrıları
- 10. Homeostaz bozuklukları ile ilgili başağrıları
- 11. Kranium ve yüzdeki yapılarla ilgili baş ve yüz ağrıları
- 12. Psikiyatrik hastalıklar ile ilgili başağrıları

IHS-2004 Başağrısı Sınıflaması

- 1. Migren
- 2. Gerilim tipi başağrısı
- 3.Küme baş ağrısı ve diğer Trigeminal Otonom Sefaljiler
- 4. Diğer primer başağrıları
- 5. Baş-boyun travması ile ilgili başağrıları
- 6. Kraniyal-servikal vasküler bozukluklarla ilgili başağrıları
- 7. Vasküler olmayan intrakraniyal bozukluklarla ilgili başağrıları
- 8. Madde kullanımı veya bırakmaları ile ilgili başağrıları
- 9. Enfeksiyonlarla ilgili başağrıları
- 10. Homeostaz bozuklukları ile ilgili başağrıları
- 11. Kranium ve yüzdeki yapılarla ilgili baş ve yüz ağrıları
- 12. Psikiyatrik hastalıklar ile ilgili başağrıları
- 13.Kraniyal nevraljiler ve fasiyal ağrıların santral nedenleri
- 14. Diğer başağrıları, kraniyal nevraljiler, santral veya primer fasiyal ağrılar

Baş ağrılı hastaya yaklaşım

■ Öykü:

yaş

cinsiyet

bilinen bir hastalığı var mı?

- 1- Ne zaman başladı
- 2- Nasıl başladı
- 3- Nasıl seyrediyor
- 4- Ne şiddette
- 5- Nasıl bir ağrı
- 6- Neresi ağrıyor
- 7- Nelerden etkileniyor
- 8- Neler eşlik ediyor
- 9- Ne kadar sürüyor
- 10- Nasıl geçiyor



Baş ağrılı hastaya yaklaşım

- Öykü
- Nörolojik ve sistemik muayene
- Laboratuvar*
- Görüntüleme** (BT, MR..)

Başığrılı Hasta!!!!!!

- Başığrısının 10 yaşından önce, 50 yaşından sonra başlaması
- Son 6 ay içinde başlamış olması veya karakter, sıklık ve şiddet gibi özelliklerinde değışiklik göstermesi
- Günler içinde ilerleyici seyretmesi ve tedaviye yanıt vermemesi
- Yeni başlayan başağrısının akut ve şiddetli özellikte olması
- Kişinin yaşamındaki ‘en şiddetli ağrı’ olarak tanımlanması
- Hamilelik döneminde veya doğum sonrası ortaya çıkması
- Fiziksel aktivite, ıkınma veya öksürmekle artması
- Vücut ve baş pozisyonu ile ilişkili olması
- Başlangıç yaşı ve klinik özelliklerin tanımlanan başağrısı için tipik olmaması
- İlerleyici ve tedavi edilemeyen kusmanın olması!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Baş ağrılı Hasta!!!!!!

- Ateş, ense sertliği
- Epileptik nöbetlerin varlığı
- Fokal nörolojik bulgu
- Bilinç bozuklukları veya senkop
- Göz dibi bulguları (papil ödem, subhyaloid hemoraji)
- Halsizlik, kilo kaybı ve sistemik bir hastalığın varlığı
- Toksik görünüm!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Ağrının sürekli veya tekrarlayıcı oluşu göz önüne alındığında düşünülebilecek tanılar

- A. Sürekli baş ağrıları:
 - Kronik migren
 - Kronik gerilim tipi baş ağrısı
 - Yeni ortaya çıkmış kalıcı günlük baş ağrısı
 - Hemikrania kontünya

Ağrının sürekli veya tekrarlayıcı oluşu göz önüne alındığında düşünülebilecek tanılar

- B. Tekrarlayıcı baş ağrıları:
 - a. Ağrı atakları saatler-günler sürenler:
 - Migren (4 saat-3 gün)
 - Epizodik gerilim tipi baş ağrısı (30 dk-7 gün)
 - Primer gök gürültüsü (patlayıcı tip) baş ağrısı (1 saat-10 gün)

Ağrının sürekli veya tekrarlayıcı oluşu göz önüne alındığında düşünülebilecek tanılar

- B. Tekrarlayıcı baş ağrıları:
 - b. Ağrı atakları dakikalar-saatler sürenler:
 - Küme baş ağrısı (15-180 dk)
 - Hipnik baş ağrısı (15-180 dk)

Ağrının sürekli veya tekrarlayıcı oluşu göz önüne alındığında düşünülebilecek tanılar

- B. Tekrarlayıcı baş ağrıları:
- c. Ağrı atakları saniyeler-dakikalar sürenler:
 - Paroksizmal hemikraniya (2-30 dk)
 - Primer saplanma baş ağrısı (1-3 sn)
 - Kısa süreli tek taraflı otonom belirtili nevraljiye benzer baş ağrısı (5-240 sn)
 - Kraniyal nevraljiler (trigeminal nevralji) (1 sn'den kısa-2 dk)
 - Primer öksürük baş ağrısı (1 sn-30 dk)

Otonom belirtilerin eşlik ettiği primer başağrıları

- Küme başağrısı ve diğer trigemino-otonomik başağrıları
- Hemikraniya kontünya

İleri yaşlarda görülebilen baş ağrıları

- A. Primer baş ağrıları:
- Hemikraniya kontünya
- Hipnik baş ağrısı
- Kısa süreli tek taraflı otonom belirtili nevraljiye benzer baş ağrısı
- Primer öksürük baş ağrısı
- Migren (%2)
- Gerilim tipi baş ağrısı
- B. Sekonder baş ağrıları:
- Temporal arterit
- Vasküler nedenlere bağlı
- Kafa içi basınç artış sendromu
- İlaçlara bağlı baş ağrıları

Ani başlangıçlı baş ağrısı

■ Primer baş ağrısı:

- Migren
- Küme baş ağrısı
- Benign efor baş ağrısı
- Benign cinsel baş ağrısı

■ Sekonder baş ağrısı:

■ Damar hastalıkları ile ilişkili

- Rüptür gelişmemiş sakküler anevrizma
- Subaraknoid kanama
- Karotis interna diseksiyonu
- Serebral venöz tromboz
- Akut hipertansiyon

■ Damar dışı kafa içi nedenlere bağlı:

- Aralıklı hidrocefali
- Benign kafa içi basınç artışı
- Hipofiz apopleksisi
- Kafa infeksiyonları:

Meningoensefalit

Akut sinüzit

- Akut dağ hastalığı

- Göz hastalıkları

Akut optik nörit

Akut glokom

Ayırıcı tanı

- Akut, şiddetli, kısa sürede yerleşmiş, kişinin yaşamındaki en şiddetli ağrı olarak tanımlanan, ayrıca fiziksel aktivite ile ilişki var ise:
- Subaraknoid kanama
- AVM
- Kitle içine kanama
- Baş-boyun travması ile ilişki var ise:
- Kafa içi hematomlar
- Boyun damarlarında diseksiyon
- Sıklık ve şiddette giderek artma var ise:
- İntrakraniyal basınç artışı
- İntrakraniyal tümör
- Kronik subdural hematom
- İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı

Ayırıcı tanı

- Öksürme-ıkınma gibi durumlarla ilişki var ise:
- Kafa içi basınç artışı
- Kraniyo-vertebral birleşme anomalileri
- Yatar pozisyonda artan baş ağrısı var ise:
- Kafa içi basınç artışı
- Ayğa kalkınca artan baş ağrısı var ise:
- Kafa içi basınç düşüklüğü
- 50 yaş sonrası temporal bölgede ağrı ile birlikte temporal arter hassasiyeti, sistemik belirtilerin varlığı, sedimentasyon yüksekliğı var ise:
- Temporal arterit

Ayırıcı tanı

- İmmün sistemi etkileyen hastalığı olan kişilerde ortaya çıkan yeni baş ağrısı var ise:
- Menenjit
- İntrakraniyal enfeksiyonlar
- Beyin absesi
- Kafa içi yer kaplayıcı kitle

Akut baş ağrılı olguda inceleme yöntemleri

- BT ve MRI
- Serebral anjiyografi ve MR anjiyografi
- LP
- EEG

Rutin kraniyal BT ile atlanabilecek baş ağrısı nedenleri

■ Damar hastalıkları:

- Sakküler anevrizmalar
- Arterio-venöz malformasyonlar (özellikle arka çukurdakiler)
- Subaraknoid kanama
- Karotis veya vertebral arter diseksiyonları
- Serebral infarktlar
- Serebral venöz tromboz
- Vaskülit
- Subdural ve epidural hematomlar

■ Tümöral hastalıklar:

- Tümörler (özellikle arka çukurdakiler)
- Meningeal karsinomatöz
- Hipofiz tümörleri veya kanaması

■ Servikomedüller lezyonlar:

- Chiari malformasyonları
- Foramen magnum tümörleri

■ Enfeksiyonlar:

- Paranasal sinüzit
- Meningoensefalit
- Serebrit ve beyin absesi

Migren

■Aurasız Migren Tanı kriterleri (IHS 2004)

- A. Geçmişte, B ve D kriterlerini dolduran en az 5 atak geçirmiş olmak
- B. Baş ağrısı ataklarının 4-72 saat sürmesi (tedavisiz yada başarısız tedavi girişimi)
- C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en azından 2 ve fazlasını içermesi
 - 1. Tek taraflı yerleşim
 - 2. Zonklayıcı karakterde
 - 3. Orta veya şiddetli ağrı
 - 4. Rutin fizik aktivitelerle ağrının şiddetlenmesi ve aktivitelerden kaçınma
- D. Ağrıya aşağıdaki semptomlardan 1 yada fazlasının eşlik etmesi
 - 1. bulantı ve/veya kusma
 - 2. fotofobi ve fonofobi
- E. Altta yatan başka bir durum, hastalığın olmaması.

Migren atak tedavi

- Basit ve kombine analjezikler, NSAİ ilaçlar
- Migrene özgü ilaçlar(triptanlar, ergot türevleri)
- Antiemetikler
- Nöroleptikler
- Opioidler

Küme baş ağrısı (IHS 2004)

- A. B ve D'dekilere tam olarak uyan en az 5 atak
- B. Tedavisiz olarak 15-180 dakika süren şiddetli veya çok şiddetli tek taraflı orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı
- C. Baş ağrısına, aşağıdakilerden en azından biri eşlik etmelidir:
 - 1.İpsilateral konjunktival kızarıklık ,kanlanma ve/veya göz yaşarması.
 - 2.İpsilateral burun tıkanıklığı ve/veya akıntısı
 - 3.İpsilateral gözde ödem
 - 4.İpsilateral alın ve yüzde terleme
 - 5.İpsilateral miyozis ve/veya ptozis
 - 6.Huzursuzluk ve ajitasyon hali
- D. Atakların sıklığı gün aşırı 1'den, bir günde 8'e değişebilir.
- E. Bu bulguların başka sistemik veya nörolojik bir hastalığa bağlı olmamalı.

Küme baş ağrısı tedavi

- **Atak tedavisi:**
- %100 O₂ inhalasyonu:
- 7-10 lt saf oksijenin, 15-20 dk. süreyle solutulması;
- 10 dk. içinde ağrıyı %90 sonlandırır.
- Triptanlar: 5-HT 1B agonisti olan triptanlar
- Özellikle subkutan ve nazal formlar

Gerilim tipi baş ağrısı

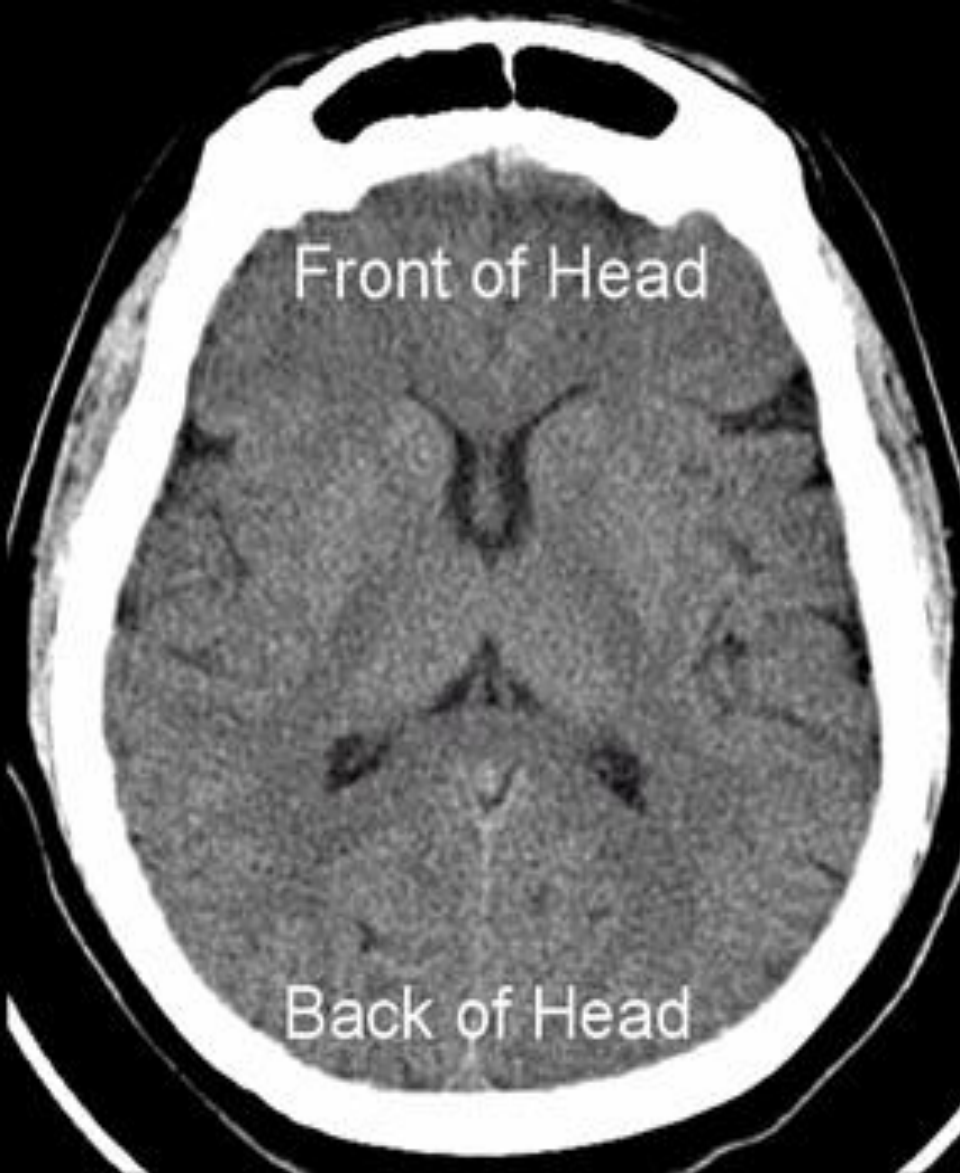
- Epizodik Gerilim tipi Baş Ağrısı tanı kriterleri: (IHS 2004)
 - A. B ve D şıklarındaki özellikleri tamamlayan en az 10 ağrı atağının olması ve ağrılı günlerinin toplamının bir ayda 1 yada daha fazla, fakat 15 günden az olması veya bir yılda 15 yada fazla fakat 180 günden az olması.
 - B. Baş ağrısı ataklarının yarım saat ile 7 gün arasında sürmesi
 - C. Aşağıdaki ağrı özelliklerinden en az ikisinin varlığı;
 - 1. Bilateral lokalizasyonlu
 - 2. Basınç-sıkışma-ağırlık tarzında künt(zonklayıcı değil) karakterde
 - 3. Hafif veya orta şiddette
 - 4. Yürüme gibi günlük aktivitelerle artmayan ağrı.
 - D. Aşağıdakilerden ikisinin varlığı
 - 1. Ağrıya bulantı ve kusmanın eşlik etmemesi(anoreksi olabilir)
 - 2. Fotofobi veya fonofobiden birden fazlasının olmaması
 - E. Altta yatan sistemik veya nörolojik bir bozukluğun olmaması.

Subaraknoid kanama

- Baş ağrısı en önemli belirtisidir.
- %85-95
- ‘Hayatımın en kötü ve şiddetli baş ağrısı’
- Ani patlayıcı
- Oksipital veya servikal bölgeye yansır
- Beraberinde sıklıkla bulantı-kusma, ense sertliği, bilinç değişikliği
- %50 mortalite

Subaraknoid kanama

- Tanı:
- BBT
- MRI(flair sekans)
- LP
- Konvansiyonel anjiyografi



Front of Head

Back of Head

Normal CT Scan
Slice of Brain



Subarachnoid Hemorrhage
(bright white areas)
CT Scan Slice of Brain

Subdural kanama

- Geçirilmiş kafa travması hikayesi olan başağrılı hastalarda subakut/kronik subdural kanama olabilir.
- Baş ağrısı: ani başlangıç, şiddetli, öksürük, ıkınma ve egzersizle şiddetlenme
- Bulantı ve/veya kusma
- Yüksek risk grubu:
- Antikoagülan kullanımı
- Kronik alkolikler
- Yaşlılar, kesin travma hikayesi olmadan

13674 00
934, M, 75Y

1
109
7 PM
/ 20

Sym
M



0
1.0
2.2
0

SF

FoV 1
358
Tra>C

Serebral venöz sinüs trombozu

- %75 en sık ve öncü semptom baş ağrısı
- Diffüz veya lokalize
- Genelde devamlı ama yattınca ve valsava ile ↑
- Genelde subakut
- Papil ödem, 6. sinir parezisi, intrakranial hipertansiyon, fokal defisit, nöbet, ensefalopati
- MRI-MR venografi
- BT
- LP



JAN-1962
07
JUL-2002
GE 38
1-2

n-3F-CR

+ 1

2

D

2620.0
85.0/2
03:36
2

SP
SL
FoV 2
200
Tra>C

W



Temporal arterit (Dev hücreli arterit)

- 50 yaş üzeri
- E>K
- A. C ve D kriterlerini karşılayan herhangi bir yeni ısrarlı başağrısı
- B. Aşağıdakilerden en az birisinin olması:
- Yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ve /veya c-reaktif protein yüksekliği ile birlikte şişkin ve duyarlı saçlı deri arteri
- Dev hücreli arteriti gösteren temporal arter biyopsisi
- C. Başağrısı dev hücreli arterin diğer belirti ve bulguları ile yakın bir zamansal ilişki içinde gelişir.
- D. Başağrısı, yüksek doz steroid tedavisinin ilk 3 günü içerisinde geçer veya büyük ölçüde azalır.

- Anamnezde;
- Amarozis fugax
 - Hafif ateş
 - Kilo kaybı
 - Halsizlik
 - Yaygın ağrılar
- Kesin tanı biyopsi

Pitüiter Apopleksi

- Akut, şiddetli retroorbital yerleşimli baş ağrısı
 - Görme keskinliğinde azalma
 - Oftalmopleji
 - Bulantı-kusma
 - Bilinç bulanıklığı
 - Hipopitüitarizm
-
- Tanı:
 - MR

Merkezi sinir sistemi infeksiyonları ile ilişkili baş ağrısı

■ Menenjit:

- Ateş, baş ağrısı ve ense sertliği
- Bulantı, kusma, fotofobi, uykuya eğilim, nöbet aktivitesi
- Akut bakteriyel menenjitin ilk belirtisi dakikalar içinde şiddeti artan bir gök gürültüsü baş ağrısı olabilir.
- Kesin tanı BOS

Merkezi sinir sistemi infeksiyonları ile ilişkili baş ağrısı

■ Ensefalit:

- Baş ağrısı, ateş, bilinç değişikliği, kognitif bozukluk, ense sertliği, fokal nörolojik klinik bulgu
- Gök gürültüsü baş ağrısı tek başına ilk belirti!!!
- Tanı:
- BOS, EEG, görüntüleme yöntemleri

Spontan karotis interna diseksiyonu

- Baş ağrısı yaygın bir semptom
- Orbital, periorbital ve frontal bölgede lokalize ve boyun ağrısı ile birlikte.
- Orta-şiddetli
- Zonklayıcı
- Risk faktörleri; boyun travması, şiddetli öksürük, boyun manüplasyonu, sistemik arteriopati ve migrendir.
- Tanıda altın standart anjiyografidir.
- BT-MR anjiyografi

Hipertansif ensefalopati

- A. Başağrısında en az biri mevcuttur:
 - Diffüz başağrısı
 - Zonklayıcı nitelik
 - Fiziksel aktivite ile artar.
- B. Kan basıncında 160/100 mm Hg'ye ısrarcı yükselme ile beraber aşağıdakilerden en az ikisi:
 - Konfüzyon
 - Bilinç düzeyinde azalma
 - Körlük dahil, vizüel bozukluklar
- C. Başağrısının , kan basıncındaki yükselme ile yakın zamansal ilişkisi vardır.
 - Etkin tedavi ve kan basıncı kontrolü sonrasında başağrısı 3 ay içinde kaybolur.
 - Nörolojik semptomların diğer sebepleri dışlanmalıdır.

Feokromasitoma nedenli başağrısı

- Aşağıdakilerden en az birinin eşlik ettiği, C ve D kriterlerini karşılayan birbirinden ayrı intermittent başağrısı atakları:
- Terleme
- Çarpıntı
- Anksiyete
- Solukluk
- Feokromasitoma, biyokimyasal inceleme, görüntüleme ve/veya cerrahi olarak gösterilmiştir.
- Başağrısı kan basıncındaki ani yükselme ile eş zamanlı olarak ortaya çıkar.
- Başağrısı kan basıncının normale dönmesinden sonraki 1 saat içinde kaybolur veya belirgin derecede azalır.

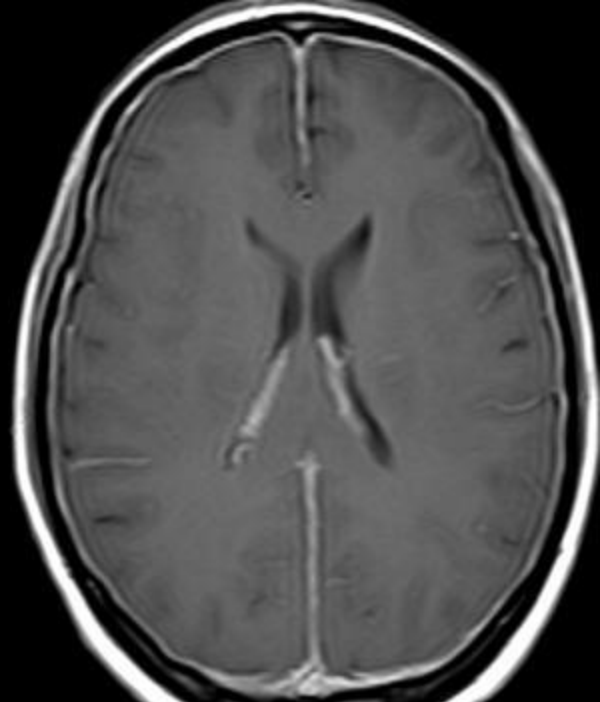
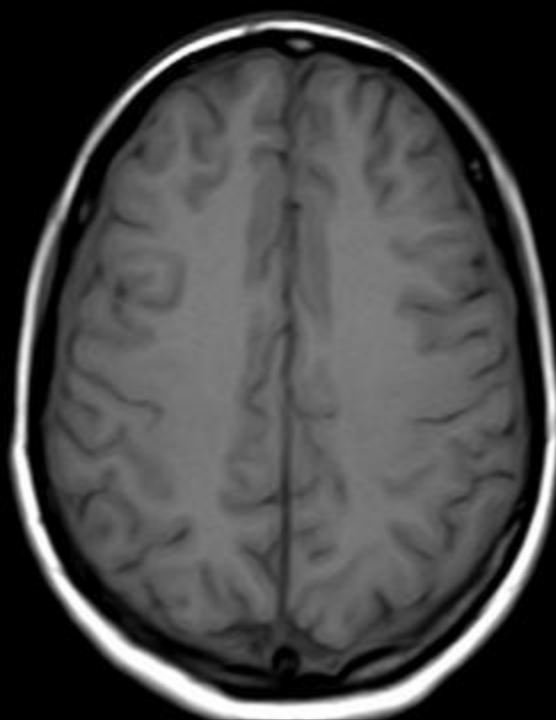
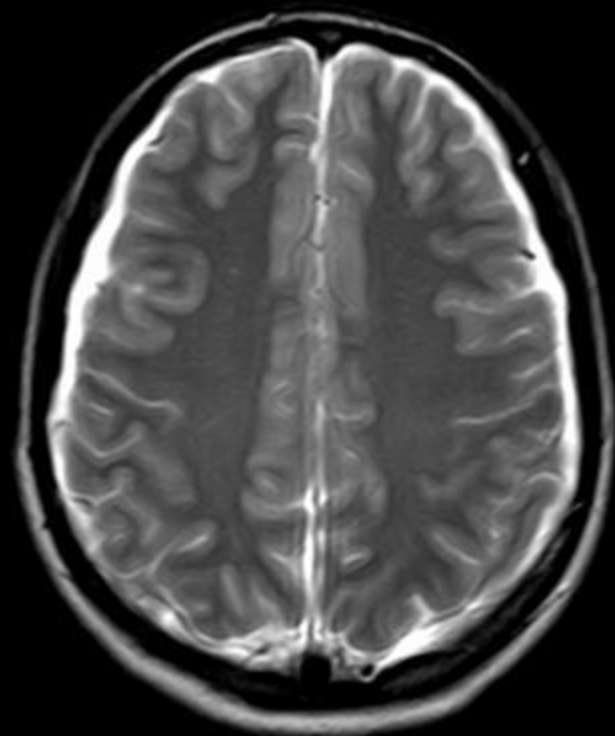
Kafa içi basınç değişiklikleri spontan intrakraniyal hipotansiyon

- %14 gökgürültüsü baş ağrısı
- Baş ağrısı yatınca geçmesi ve ayakta artması çok önemli ipucu
- Egzersiz ve valsalva manevrası ile artması tipik
- Tüm başta ve ensede lokalize

■ Tanı:

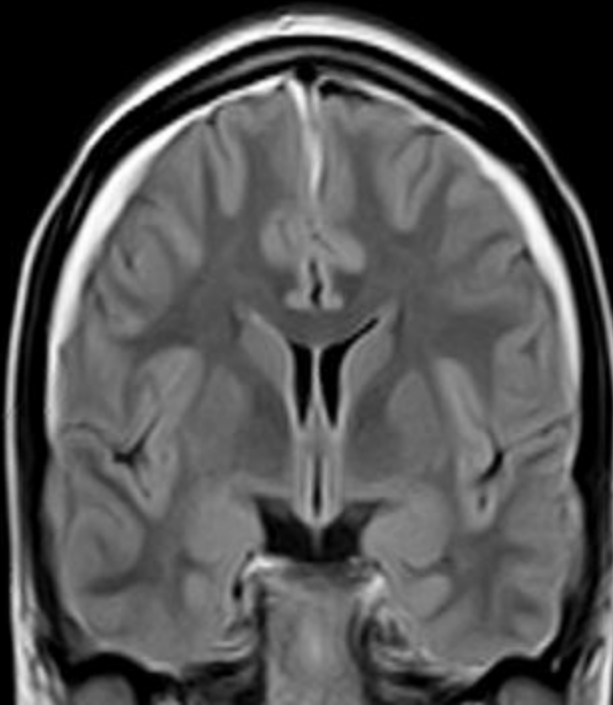
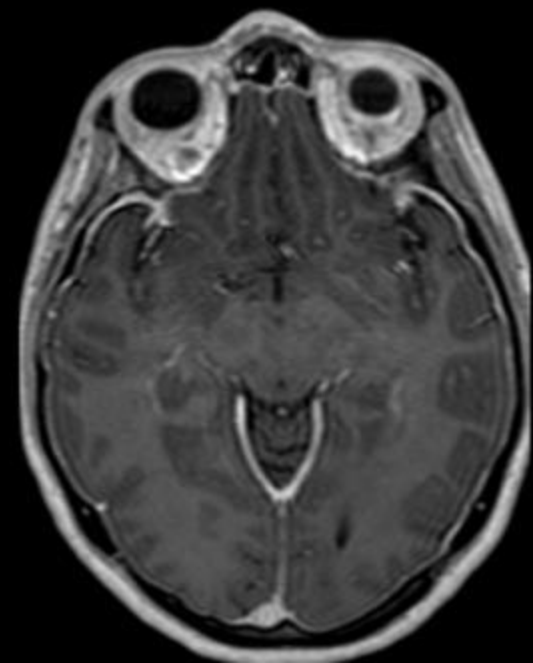
■ MR

■ LP



401
5
/ 214.9 mm

10/17



m

:35

Kafa içi basınç değişiklikleri

idiopatik intrakraniyal hipertansiyon

- A. En azından aşağıdakilerden birini içeren ilerleyici baş ağrısı yanında C ve D'deki kriterler karşılanmalıdır:
 - Günlük ortaya çıkar
 - Diffüz ve/veya dirençli ağrı
 - Öksürük veya gerilme ile artan baş ağrısı
- B. Aşağıdaki kriterleri karşılayan intrakraniyal hipertansiyon
- Uyanık hasta, nörolojik muayene normal veya aşağıdaki anormalliklerden herhangi biri:
 - Papil ödem
 - Kör nokta genişlemesi
 - Görme alanı defektleri(tedavi edilmezse progresif seyreden)
 - Altıncı sinir paralizi

Kafa içi basınç değişiklikleri idiopatik intrakraniyal hipertansiyon

- Yatar pozisyonda yapılan lomber ponksiyonda veya epidural veya intraventriküler basınç monitorizasyonu ile BOS basıncı artmıştır (obez olmayanlarda >200 mm H₂O, obezlerde >250 mmH₂O)
- Normal BOS kimyası ve sellülarite
- İntrakraniyal hastalıklar uygun araştırmalarla dışlanmalıdır
- C. Baş ağrısının ortaya çıkışı ile intrakraniyal basınç artışı arasında zamansal ilişki olmalıdır
- Baş ağrısı BOS basıncının 120-170 mm H₂O'ya düştüğünde ve intrakraniyal basıncın normalleşmesinin ardından 72 saat içinde düzelir.

Kafa içi basınç değişiklikleri idiopatik intrakraniyal hipertansiyon

- Tanı:

- LP

- MR

ÖZET

- Başağrısı, önemli bir acil başvuru nedenidir
- Gerilim tipi başağrısında olduğu gibi basit, selim bir nedene bağlı olabileceği gibi, SAK gibi hayatı tehdit eden ölümcül bir hastalığa bağlı da gelişebilir
- Normal kranyal BT SAK'ı dışlamaz, şüphe varsa LP yapılmalı
- Akut gelişen yeni bir başağrısı, diğer tip başağrılarına göre çok daha önemli bir nedene bağlıdır
- Sekonder başağrılarına yönelik alarm bulgular aranmalıdır
- Bu durumda, başağrısı etyolojisine yönelik dikkatli bir değerlendirme-görüntüleme esastır
- Göz dibi muayenesi atlanmamalıdır.

TEŞEKKÜRLER