

ACİL SERVİSTE BAŞ AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Mehtap BULUT*

GİRİŞ VE EPİDEMİYOLOJİ

Baş ağrısı, tüm acil servis başvurularının %3-5'ini oluşturmaktadır. Baş ağrısı yakınmasıyla acil servise gelen hastaların yaklaşık %50'sinde tansiyon baş ağrısı, diğer %30'nda tanımlanamayan baş ağrısı, %10'nda migren tipi ağrı ve %8'nde diğer potansiyel olarak ciddi nedenlerden (örneğin tümör, glokom) kaynaklanan baş ağrısı mevcuttur. Migren baş ağrısının prevalansı kadınlarda %17, erkeklerde %5'dir. Acil servise başvuran hastaların çoğu benign baş ağrısı sendromları olmakla birlikte yaklaşık %3.8'nde ciddi veya sekonder baş ağrıları olmaktadır. Yüzdeler yanlış bir güven hissi verebilir ve baş ağrısı acil servis malpraktis davalarında orantısız olarak yüksek bulunur. Halen nadir olmasına rağmen, en sık rastlanan ciddi ani baş ağrısı nedeni subaraknoid kanamadır (SAK) ve yaklaşık yılda 20.000 kurtarılabılır SAK vakası acil servise başvurmaktadır. Bu vakaların yaklaşık %25 ila %50'si ilk başvuruda atlanmaktadır. Diğer potansiyel olarak hayatı tehdit eden baş ağrısı nedenleri daha nadir görülür. Menenjit, karbon monoksit zehirlenmesi, temporal arterit, akut dar açılı glokom ve kafa içi basınç artışı kendilerine has öykü ve fizik muayeneleri olduğundan tanı koymak daha kolaydır.

SINIFLANDIRMA

Baş ağrıları, genellikle primer baş ağrısı sendromları (migren, gerilim tipi, küme baş ağrıları) ve sekonder nedenler olmak üzere ikiye ayrılır (Tablo-1).

PATOFİZYOLOJİ

Beyin parankimi ağrıya duyarsızdır. Ağrıya duyarlı baş kısımları beyini çevreleyen yapılar –meninksler, beyini besleyen arter ve venler- ve kafatası boşluklarını sınırlayan çeşitli dokulardır. Hastanın baş ağrısının yerini lokalize etmesi sıklıkla mümkün değildir. Baş ağrısı ile ilişkilendirilen ağrının çoğu, özellikle vasküler baş ağrıları ve migrenler beşinci kraniyal sinir ile yayılır. Böyle ağrılar geri giderek nükleusu uyarır ve oradan sinirin dallarıyla yayılarak ilgili olmayan yerlerde de ağrıya neden olabilir. Özel bir yapıya has inflamasyon (örneğin periapikal abse, sinüzit gibi) ağrısının lokalizasyonu, tansiyon veya gerilim baş ağrısının yaygın ağrısına göre daha kolaydır. Baş ve boyundaki ağrılar kolayca üst üste binebilir. Baş ağrısı şikayetleri irdelenirken baş ve boyun bir bütün olarak düşünülmelidir.

Amerikan Acil Hekimleri Birliği (ACEP) 1996'da yetişkin hastalardaki baş ağrısı nedenlerini 4 ana kategoriye ayırmıştır (Tablo-2). Baş ağrısı olan hastayı değerlendirirken 4 önemli nokta vardır:

1. Genellikle benign ve geri döndürülebilir sekonder baş ağrısı olan hastaları tanımak ve etkili bir şekilde tedavi etmek.
2. Primer baş ağrısı sendromları olan hastalara etkili bir tedavi vermek.
3. Ciddi sekonder baş ağrısı olan hastalarda acil değerlendirme ve tedaviyi yapabilmek.
4. Tüm taburcu edilen hastaları uygun bir şekilde taburcu etmek ve takibini yapmak.

HİKAYE

Hikaye, baş ağrısında püf noktalardan biridir (Tablo-3). Hastaya ağrısının paterni ve başlangıcı sorulmalıdır. Baş ağrısı paterni ile ilgili önemli bulgular şöyledir; ilk şiddetli baş ağrısı, şimdiye kadar olan en kötü baş ağrısı, birkaç gün içerisinde giderek kötüleşen baş ağrısı veya daha önceki baş ağrısı ataklarına göre süre, şiddet veya eşlik eden semptomlar bakımından farklılık göstermesi sayılabilir. Hastalar sıklıkla baş ağrılarının önceki baş ağrısına benzer olduğunu belirtir. Baş ağrısı paterninde değişiklik yeni ve ciddi bir problemin işareti olabilir. Hızlı başlangıçlı birkaç saniye ila dakikalar içinde başlayan baş ağrısı saatler ve günler içinde gelişene göre daha çok vasküler kaynaklı düşünülmelidir. Ani başlangıçlı, özelliklede bir efor sırasında (öksürük, defakasyon gibi) oluşan ağrı, intrakraniyal patoloji için başgımsız bir bulgudur. Ve bu tür baş ağrılarının yaklaşık %25'nde neden SAK'dır. SAK ile ilgili neredeyse tüm çalışmalar ağrısız andan ciddi ağrıya dek geçen sürenin saniyeler ila dakikalar içinde olduğunu vurgular. Bu yüzden "gök gürlütüsü" veya "şimşek çakması" baş ağrısı gerçek bir fenomendir ve sorularda bu yanıtın alınması; değerlendirme anında baş ağrısı şiddeti artmaya devam etse de SAK'nın gerçek tanısına götürür.

Ağrının karakteri, zonklayıcı, sabit, vb. istatistiksel olarak yardımcı olsa da, bir baş ağrısını diğerinden ayırmada uygun olmayabilir.

*Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Tablo-1 Baş Ağrısı Nedenleri

CİDDİ SEKONDER NEDENLER

Vasküler	Subaraknoid Kanama İntraparankimal kanama EDH, SDH Arteriyovenöz Malformasyon İnme Kavernöz sinus trombozu Karotid veya vertebral arter disseksiyonu
SSS infeksiyonu	Menenjit, Ansefalit, Beyin absesi
Tümör	
Psödötümör	
Oftalmik	Glokom, İritis Optik nörit
İlaçlarla ilişkili	Nitrat ve nitritler Monoamin oksidaz inhibitörleri Alkol çekilme
Toksik	CO zehirlenmesi
Metabolik	Hipoksi, hiperkapni Hipoglisemi Preeklampsi Yüksek irtifa beyin ödemi
REVERSİBLE SEKONDER NEDENLER	
SSS dışı infeksiyonlar	Sinüzit, odontojenik ve kulak gibi
İlaç ile ilgili durumlar	Kronik analjezik kullanımı Monosodyum glutamat
PRİMER BAŞ AĞRISI SENDROMLARI	Migren Gerilim Küme

Tablo-2 ACEP Baş Ağrısı Sınıflandırması

Baş Ağrısı Sınıfı	Örnekler
I. Acil tanı ve tedavi gerektiren kritik sekonder nedenler	Subaraknoid Kanama, Menenjit, Artmış KİB ile birlikte olan beyin tümörü
II. Acil tanı ve tedavi gerektirmeyen kritik sekonder nedenler	Artmış KİB'nin eşlik etmediği beyin tümörü
III. Genellikle benign ve reversible sekonder nedenler	Sinüzit, Hipertansiyon, Lomber Ponksiyon sonrası baş ağrısı
IV. Primer baş ağrısı sendromları	Migren, Gerilim tipi ve Küme

Kısaltma: ACEP= Amerikan Acil Hekimleri Birliği, KİB=Kafa içi basınç

Ağrının başlangıcında hastanın aktivitesi faydalı olabilir. Ağır egzersiz ile gelen baş ağrılarının vasküler kanama ile ilişkisi vardır, ancak yine de kesin nedeni ortaya koyacak kadar spesifik değildir. Koitus veya postkoital baş ağrısı sendromu iyi bilinir. Bu baş ağrıları ilk başvuruda diğer efor ile başlayan baş ağrıları gibi değerlendirilmelidir.

Baş ağrısının şiddetinin objektif olarak ölçülmesi zordur. Hemen hemen tüm hastalar ağrılarının şiddetli olduğunu

söyler. 1den 10 a kadar skala kullanmak ilk anda ağrılarının şiddetini ölçmede ve daha çok tedaviye yanıtı değerlendirmede faydalı olur.

Baş ağrısının lokalizasyonu, hasta özel bir alanı tarif edemediğinde anlamlıdır. Tek taraflı baş ağrısı migrene veya kafatasında veya yumuşak dokuda lokalize enflamatuvar olaya (örneğin sinüs) işaret eder. Oksipital baş ağrısı klasik olarak hipertansiyon ile ilişkilidir. Temporal arterit, temporomandibu-

Tablo-3 Baş Ağrısı Olan Hastalardaki Önemli Semptom ve Bulgular

Semptom	Bulgu	Olası tanı
Ani başlayan ağrı	Şimşek çakması beraberinde bilinç değişikliği, fokal bulgu ve/veya inatçı ağrı	Subaraknoid Kanama
"Hayatının en kötü baş ağrısı"	Ani başlangıçla beraber	Subaraknoid Kanama
Senkop veya presenkop	Ani başlangıçla beraber	Subaraknoid Kanama
Çene hareketiyle artma	Tıkırtı, çatırtı. Çene hareketiyle ağrı	Temporomandibular eklem hastalığı
Yüz ağrısı	Alın ve maksiler sinüste fulminan ağrı, nazal konjesyon	Sinüs basısı veya dental ağrı
Alın ve/veya temporal alan ağrısı	Temporal arterde hassasiyet	Temporal arterit
Periorbital veya retroorbital ağrı	Yırtılma tarzında ani başlangıç	Temporal arterit veya akut dar açılı glokom

lar eklem hastalıkları, dental ve sinüs enfeksiyonları lokalize edilebilir. Menenjit, ensefalit, SAK ve hatta ciddi migren lokalizasyonlarından daha diffüz bir ağrıya neden olurlar.

Baş ağrısını artıran ve azaltan faktörler önemli olabilir. Ortam değiştirdiklerinde baş ağrıları hızla iyileşen hastalar karbon monoksit zehirlenmesi olabilir. Diğer çoğu ciddi baş ağrısı acil servise geldiğinde ağrıları belirgin artmaz ya da azalmaz. İntrakraniyal enfeksiyonlar, dental enfeksiyonlar ve diğer bölgesel baş ağrısı nedenleri tedavi olmadan geçmez.

İlişkili semptomlar ve risk faktörleri baş ağrısının ciddiyeti ile ilişkili olabilir ancak nadiren spesifik nedenlere işaret eder. Baş ağrısı sıklıkla kraniyal sinirlerle yayılsa da diğer kraniyal sinirlerle dışarı yayılım da görülebilir. Bulantı ve kusma spesifik değildir. Migren, artmış intrakraniyal basınç, temporal arterit ve glokom şiddetli bulantı ve kusma ile ortaya çıkabilir, bazı sistemik viral enfeksiyonların baş ağrısı ile birlikte çıkabildiği gibi. Senkop öyküsü, değişen suur durumu, konfüzyon, boyun ağrısı, ense sertliği, görme bozukluğu, ateş veya nöbet önemli semptomlardır. Öyküde aynı zamanda görmede değişiklik, göz ağrısı, glokom veya iritis semptomları, çene kladikasyonu, temporal arterit semptomları veya konjesyon ve fasiyal ağrı, sinüzit semptomları sorgulanmalıdır.

Önceki baş ağrısı öyküsü, faydalı ancak şu andaki ciddi problemi ekarte etmeyen bir durumdur. Önceki acil servis başvuruları, Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ve diğer testler gözden geçirilmelidir. Hem migreni ve hem de tansiyon baş ağrısı olan hastalar stereotipik rekürren ağrı çekerler. Bu paternlere uyum hastanın semptomlarını takip ederken faydalı olur.

FİZİK MUAYENE

Ateş, menenjit veya sinüzit gibi bir enfeksiyonu gösterir; ancak SAK'da da olabilir. Hipertansiyon tanısı hipertansif ivedi durum veya acil durumu düşündürür. Sinüzit açısından si-

nüsler muayene edilmeli, temporal arter hassasiyet ve pulsasyon azalması yönünden palpe edilmeli, hassasiyet yönünden dişler ve temporomandibular eklemler muayene edilmelidir. Akut glokom, görme alanı defekti veya iritis yönünden göz muayenesi yapılmalıdır. Fundoskopi, papil ödemi veya venöz pulsasyon yokluğunu gösterir. Her ikisi de intrakraniyel basınç artışı veya subhiyaloid kanamanın (retina ve vitreus membran arasındaki hemoraji) işaretidir ki bu da büyük oranda SAK'ı gösterir. Fizik muayene bulguları Tablo-4'de listelenmiştir.

YARDIMCI TESTLER

Baş ağrısının büyük çoğunluğu ek testlere ihtiyaç duymaz (Tablo-5). Acil araştırma gereken baş ağrılı hastada, ilk olarak kontrastsız BT ile başlanır. Kontrast kullanımı, zaman, maliyet ve yan etki riskini artırır.

Acil servis hekimlerinin tek ısrarlı hatası baş ağrısı vakasında tek BT'nin SAK olasılığını ekarte ettiğini düşünmeleridir. BT en az %6-8 SAK'ı tanımadada, özellikle minör (Grade I) SAK'ta, duyarlı değildir ki bunlar çoğunlukla kurtarılabilir hastalardır. BT ve Lomber Punksiyon (LP) uygulamayı içeren temel yaklaşım algoritması Şekil-1'de görülmektedir. Kontrastsız BT ile gözden kaçacağı düşünülen küçük lezyonlar için i.v kontrastlı BT veya MRI gerekli olabilir. Menenjit şüphesi olan ve BT'si normal olan SAK düşünülen hastalara LP yapılır. Kafa içi basınç artışı LP için kontrendikasyondur. BT çekilmesi ve LP yapılması kararı verilmişse hastanın kısa süreli sedasyonu gerekli ise yapılmalıdır.

MR görüntülemenin maliyeti ve sınırlı kullanılabilirliği acil servisteki kullanımını azaltmaktadır. MR, diffüz aksonal zedelenme, küçük parankimal kontüzyon, izodens subdural hemoraji ve tümör gibi beyin parankimal lezyonunu değerlendirmede BT'ye göre daha üstündür. Akut SAK'ta ise MR'ın kanamayı takiben ilk birkaç günde BT'ye üstünlüğü yoktur. Acilde araştırılması gereken baş ağrılı hastaların büyük bölümünde BT ve LP uygundur.

Tablo-4 Fizik Muayenede Önemli Bulgular

Test	Bulgular	Tanı
Sedimentasyon	Belirgin artış	Temporal arterit
EKG	Nonspesifik ST-T değişikliği	Subaraknoid Kanama Artmış BOS basıncı
Hemogram	Ağır anemi	Anoksi
Kraniyal BT	Artmış ventrikül boyutu	Artmış BOS basıncı
	Subaraknoid aralıkta kan	Subaraknoid Kanama
	Epidural veya subdural aralıkta kan	Epidural/subdural hematoma
	Beyin parankiminde kanama	İntraparankimal hemoraji
	Vasküler akım azlığı	Enfarkt
	Yapısal/kitle lezyonu	Kitle etkisine Sekonder gerilim ağrısı
Lomber ponksiyon	Artmış basınç	Psödötümör serebri Kitle lezyonu Shunt yetmezliği
	Artmış protein	Tümör/diğer yapısal lezyonlar
	Artmış kırmızı küre	Subaraknoid Kanama
	Artmış lökosit	Enfeksiyon
	Pozitif gram boyama	Enfeksiyon
	Azalmış glukoz	Enfeksiyon

Serebrospinal sıvı alınması antimikrobiyal tedavinin geciktirilmesine neden olmamalıdır eğer intrakraniyal enfeksiyon şüphesi varsa intravenöz antibiyotik LP'den önceliklidir. Anormal bilinç durumu, artmış intrakraniyal basınç, nörolojik muayenede fokal bulgular LP öncesi BT çekilmesini gerektirir.

AYIRICI TANI

Kesin öykü ve fizik muayene bulguları hastaları temize çıkarmak veya şüpheli gruba sokmak konusunda yardımcı olur. Şüpheli grupta şu bahsedilen bulgulardan biri olan tüm hastalara ileri inceleme ve testler planlanmalıdır: (1) ani gelişen baş ağrısı, (2) hayatının en kötü baş ağrısı, (3) azalmış veya değişmiş bilinç durumu, (4) meningismus, (5) açıklanamayan anormal vital bulgular, (6) muayenede fokal nörolojik defisit, (7) gözlemdeyken kötüleşme veya (8) egzersiz ile başlayan baş ağrısı. Bu grup hastalar ciddi hastalık açısından yüksek riske sahiptir.

Ek olarak, şu belirtileri olan hasta grubunda ileri araştırmaya gerek yoktur: (1) önceki aynı baş ağrısı, (2) muayene ve olay öyküsünde normal bilinç ve uyanıklık, (3) meningismus olmayan normal boyun muayenesi, (4) normal vital bulgular, (5) normal/fokal olmayan nörolojik muayene ve (6) gözlem veya tedavi ile iyileşme olması.

İlk öykü, fizik muayene ve stabilizasyon sonrası bulgular çeşitli kritik hastalıkların klasik atipik paternlerini gösterir. Bu algoritmik yaklaşım ve verilerin incelenmesi ilerleyen bir süreçtir ve hasta gözlem altındayken tekrar değerlendirilmelidir. Bulgularda değişiklik hızlı bir gözden geçirme ve tanının tekrar düşünülmesini gerektirir (Tablo-6).

TEDAVİ

Baş ağrısı olan hastalar hastalığın bir spektrumunu gösterir ve semptomlarına göre değerlendirilmek için sıralanmalıdır. Açıkça anormal vital bulguları veya değişmiş bilinç durumları olan hastalar daha az semptomu olanlardan önce değerlendirilmelidir. Öykü ve fizik muayene potansiyel ölümcül bir duruma işaret ediyorsa tanı yardımcı testler ile bir an önce konulmalıdır. Ağrı tedavisine erken başlanmalıdır. Ağrı tedavisi hastaya, altta yatan vital bulgulara, alerjilere ve genel duruma bağlı olarak değişir, ama hekimin önemli bir kısmı işinin ağrıyı dindirmektir ve hastanın tanısına giden yolda az bir etkisi olmalıdır. Acil servisteki mücadele ölümcül nedenleri elimine etmek ve hastanın ağrısını tedavi etmek olmalıdır.

TABURCULUK

Baş ağrısı ile gelen çoğu hasta acil servisten uygun analjezi ve takip ile taburcu edilir. Bu hastalar "temiz" kategorisinde olan veya dikkatli bir inceleme sonrası ciddi hastalık bulunmamış olan hastalardır. Tehlikeli bulguları olan tüm hastaların daha fazla araştırma gerekliliği akılda tutulmalıdır.

PRİMER BAŞ AĞRISI SENDROMLARI

Primer baş ağrıları şunlardır; migrenin tüm formları, gerilim tipi ve küme baş ağrıları. Bu baş ağrıları, belli bir patofizyolojiyi paylaşırlar ve bir klinik spektrumun farklı şekillerini gösterirler.

MİGREN

Epidemiyoloji: Migren baş ağrıları yaygındır ve genellikle genç yaşlarda ortaya çıkar. Prevalansı, erkeklerde %5, kadınlarda %15-17 olduğu tahmin edilmektedir. Her iki cinsiyet de 40 yaş civarında pik yapar ve sonra kademeli olarak düşer.

Tablo-5 Baş Ağrılı Hastaya Yaklaşımında Yardımcı Testler

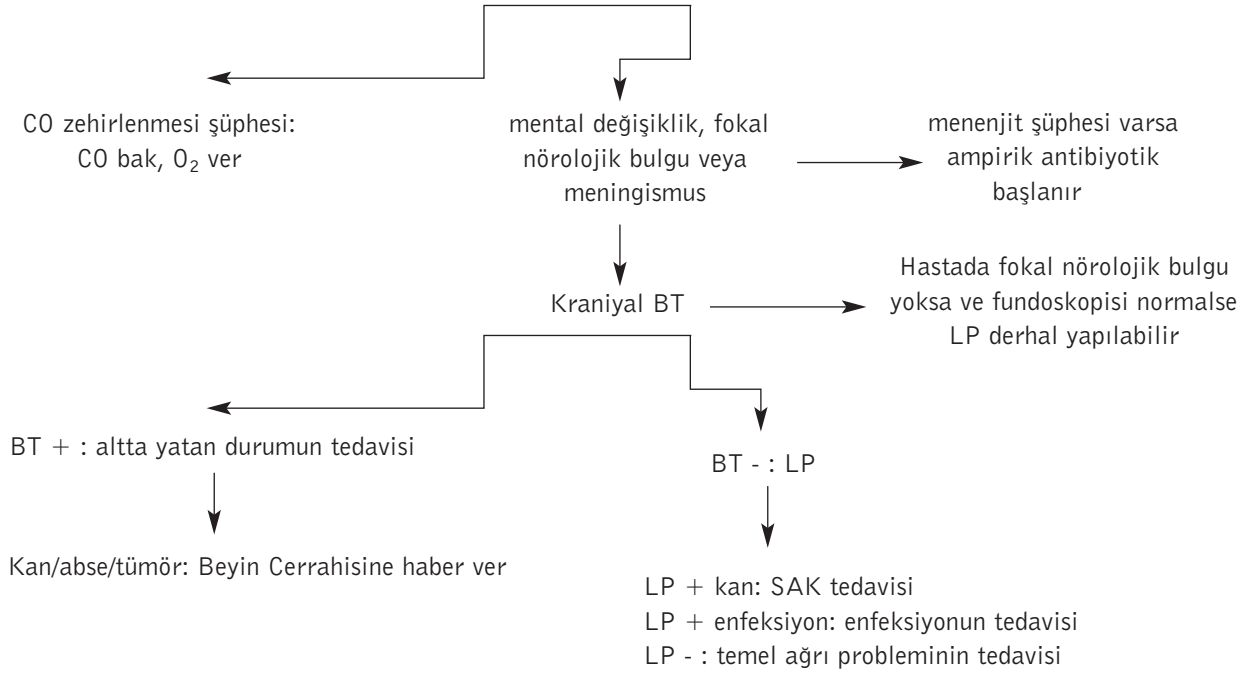
Belirti	Bulgu	Tanı
Genel görünüm	Mental durumda değişme-nonfokal	Menenjit/ensefalit Subaraknoid Kanama Artmış BOS basıncı
	Mental durumda değişme-fokal değişiklikler	İntraparankimal kanama Tentoriyal herniasyon İnme
	Ciddi bulantı/kusma	Artmış BOS basıncı Subaraknoid Kanama Tentoriyal herniasyon İntraparankimal kanama
	Taşikardi	Anoksi/anemi Febril baş ağrısı Egzersiz/koital baş ağrısı
	Ateş	Febril baş ağrısı Menenjit/ensefalit
Baş-Göz-Kulak-Burun-Boğaz	Temporal arter hassasiyeti	Temporal arterit
	Fundus-spontan venöz pulsasyon kaybı ve/veya papilödem varlığı	Artmış BOS basıncı Kitle lezyonlar
	Subhyaloid hemoraji	Subaraknoid Kanama
	Akut kırmızı göz (ciddi siliyer flushing) ve zayıf reaktif pupil	Akut dar açılı glokom
	Genişlemiş pupil ve üçüncü sinir felci	Tentoriyal bası Kitle etkisi (örn: SDH, EDH, tümör)
Nörolojik	Lokalize motor veya duyu defisiti	İnme (nadir) SDH, EDH, hemiplejik veya anestetik migren (nadir)
	Akut serebellar ataksi	Akut serebellar hemoraji Akut serebellit (çoğunlukla çocuklarda)

Patofizyoloji: Günümüzdeki teorilere göre migren, birtakım tetikleyen faktörlere beyin parankiminin primer bir yanıtıdır. Bu yanıt sonucu duyuşal inputta görev alan beyin sapı yollarında disfonksiyon oluşur ve kan damarlarındaki bozulmuş aktivite bunlara sekonderdir. Hayvan çalışmaları göstermiştir ki migrende duyuşal aksonlar birçok peptidin salınımı sonucu aktive olmaktadır. Bu, ağrıya duyarlı arterlerde, durada, meningeal dokularda steril nörojenik inflamasyona yol açar ve lokal vazodilatasyona neden olur. Bu peptidlerin salınımı ve inflamasyona neden olması, plazma ekstravazasyonu serotonin (5-HT_{1D}) selektif agonisti olan sumatriptan ile engellenebilir. Ergot, indometazin de aynı işlemi yapar. Sumatriptanın ayrıca direkt vazokonstriktör etkisi de vardır.

Klinik: Migren baş ağrılarının büyük bir kısmı, aurasız migrendir. Baş ağrısı genel olarak yavaş başlar ve 4-72 saat arasında sonlanır. Tipik olarak tek taraflıdır, zonklayıcıdır ve fizik aktivite ile kötüleşir. Baş ağrısına sıklıkla bulantı, kusma ve foto-fonofobi eşlik eder. Skalp hassas olabilir ya da olmayabilir. Ancak bu özellikler migren için tamamen duyarlı ve özgül değildir. Migren ile gelen hastalarda bu baş ağrısı önceliklerden farklı ise altta yatan başka bir etiyoloji akla gelmelidir.

Aura ile birlikte olan migrende aura dakikalar içinde gelişir, genellikle 60 dakika içinde sonlanır ve tam olarak geri dönüşümlüdür. Visüel auralar, en sık karşılaşılanlardır, genellikle titreşen skotomlar (siyah noktalar) veya ışık çakmaları

Şekil-1 Baş Ağrılı Hastada İlk değerlendirme: Öykü ve fizik muayene



Tablo-6 Baş Ağrılı Hastada Ayırıcı Tanı

Organ/Sistem	Kritik tanı	Acil tanı	Acil olmayan tanı
Nörolojik, SSS, Damarlar	Subaraknoid Kanama	Şant yetmezliği Gerilim baş ağrısı Tümör/ diğer kitle Subdural hematoma	Migren Vasküler Trigeminal nevralji Posttravmatik LP sonrası Baş ağrıları
Toksik/Metabolik	CO zehirlenmesi	Dağ hastalığı	
Kollajen vasküler hastalıklar	Temporal arterit		
Göz/Kulak-Burun-Boğaz		Glokom/sinüzit	Dental problemler/ Temporomandibular eklem hastalıkları
Kas iskelet			Tansiyon baş ağrısı Servikal strain
Alerji			Küme/histamin baş ağrısı
Enfeksiyon Hastalıkları	Bakteriyel menenjit Ensefalit	Beyin absesi	Febril baş ağrısı/nonnörolojik enfeksiyon kaynağı
Pulmoner/O2		Anoksik baş ağrısı Anemi	
Kardiyovasküler		Hipertansif kriz	Hipertansiyon (nadir)
Tanımlanmamış			Efora bağlı/koital baş ağrısı

Tablo-7 Migren Baş Ağrısında Tedavi Seçenekleri

İlaç	Doz ve Yardımcı ilaçlar	Kontrendikasyonlar (KE), Önlemler (Ö), Notlar
Dihidroergotamin (DHE)	1mg IV (3 dk'da) Bulantı ve kusmayı engellemek için tedavi öncesi metoklopramid/ klorpromazin/ proklorperazin uygula	KE: Gebelik, HT (kontROLSÜZ), KAH, yeni sumatriptan kullanımı, hemiplejik veya baziller migren Ö: Bulantı, kusma, diyare, abdominal ağrı yapabilir
Sumatriptan	6 mg SC	KE: Gebelik, HT (kontROLSÜZ), KAH, geçmiş 24 saat içinde ergot kullanımı, MAO kullanımı, hemiplejik veya baziller İmigren Ö: Minör YE'ler; nadiren, koroner arter spazmı, MI, disritmiler
Ketorolak	30 mg IV veya 60 mg IM	KE: P. Ülser öyküsü (özellikle yaşlılarda) Ö: Gebelerde klas-B, 3. trimesterde kullanma
Klorpromazin	Hipotansiyonu azaltmak için tedavi öncesi uygula 7,5 mg IV	Ö: Gebede klas-C'dir. Hipotansiyon, uyku hali, distonik reaksiyona neden olabilir. Not: Etkatif bir antiemetiktir.
Proklorperazin	5-10 mg IV veya PR	Ö: Gebede klas-C'dir. Uyku hali veya distonik reaksiyon yapabilir. Not: Etkatif bir antiemetiktir.
Metoklopramid	10 mg IV	Ö: Gebede klas-B'dir. Uyku hali veya distonik reaksiyon yapabilir. Not: Etkatif bir antiemetiktir.
Droperidol	2.5 mg IV yavaş veya 2.5 mg IM	Ö: QT uzaması ve/veya torsades de pointes vakaları bildirilmiştir
Magnezyum sülfat	2 mg IV (30 dk'da)	Not: İspatlanmamış ancak bazen tedavide yararlı

ile karakterizedir. Ayrıca herhangi bir nörolojik semptom veya bulgu da görülebilir. Hemiparestezi, hemiparezi, afazi veya diğer konuşma zorlukları görülebilir. Daha nadir olarak beyin sapı semptomları olabilir (baziller migren), 60 dakikadan uzun süren auralar olabilir veya baş ağrısı olmayan aura olabilir.

Migrenin diğer nadir formları: Oftalmojenik migren (3.,4. ve 6. kranial sinirlerin parezisi) veya retinal migren (ani monoküler skotom veya körlük)'dir. Çok nadir olan bir form da migrenöz infarkt'tir. Bunda 7 günden fazla süren aura veya görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen serebral infarkt vardır.

Sonuç olarak fokal nörolojik bulgu ve baş ağrısı ile gelen hastalarda öncesinde benzer nörolojik defisit olan migren atakları ortaya çıkması ve yapılan araştırmaların sonuçlarının normal çıkması öyküsü varsa migren ayırıcı tanısı dışlanmalıdır. Ve ayrıca tanı migren ise hastalar acil servisten ayrılmadan aura ve defisitleri normale dönmelidir.

Tedavi: Klinik uygulamada geniş bir ilaç spektrumu vardır ve migren için hangisinin en iyi tedavi olduğu hakkında bir görüş birliği yoktur. Acil servisteki randomize, kontrollü çalışmalar ve uzlaşma oluşturmuş kılavuzlara dayanarak günümüzde birkaç tane opioid içermeyen tedavi seçenekleri mevcuttur (Tablo-7).

Dihidroergotamin (DHE), bir 5-HT_{1B} (serotonin) reseptör agonistidir ve baş ağrılarının giderilmesinde oldukça etkindir. Bu nedenle migren tedavisinde birinci seçenek ilaçtır. Ancak büyük bir çoğunlukta kusmaya neden olur. Bu yüzden ilacı vermeden önce premedikasyon yapılır. Triptanlar (örn: Sumatriptan), DHE'e göre daha selektif bir serotonin agonistidir ve daha az bulantı ve kusmaya neden olur. Acil servis çalışmaları göstermiştir ki, subkutan sumatriptan uygulaması sık fakat kısa süreli yan etkilere (sıcağa duyarlılık, titreme, göğüste rahatsızlık ve injeksiyon yerinde reaksiyon gibi.) sahiptir, daha pahalıdır ve 24 saatlik rekürens veya relaps oranı DHE'e göre daha fazladır. Sumatriptan diğer ilaçlara cevapsız olan migrenlerde verilebilir ancak DHE veya diğer ergotların verilmesini takiben 24 saat içinde verilmemelidir, çünkü her ikisi de vazokonstriksiyon yapar.

Acil serviste yapılan randomize, kontrollü çalışmalar da başka ilaçlar da kullanılmış ve etkili bulunmuştur. Bunlar dopamin-antagonisti antiemetik ilaçlardır (metoklopramid, klorpromazin, proklorperazin, ketorolak ve droperidol). İlaç tedavisinden ayrı olarak, hastalar karanlık ve sessiz bir odaya alınır. Hasta acil servise gelmeden önce saatler veya günlerce kusmuş ve oral alımı bozulmuş olabileceğinden intravenöz rehidratasyon sıklıkla gereklidir.

Koruyucu tedavi: İlaçsız tedavi, eğitim, yaşam şekli değişimi, tetikleyici faktörlerden kaçınmayı içerir. Farmakolojik tedavide hastayı bir nöroloji uzmanına yönlendirmek gerekir.

GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRILARI

Önceleri, gerilim tipi baş ağrılarında, ekstrakraniyal kas gerginliğinin neden olduğu düşünülmekte idi. Yakın zamandaki teoriler, gerilim tipi baş ağrısı ve migrenin ortak bir patofizyolojiyi paylaştıkları ve bir klinik spektrumun farklı uç noktaları olduğu şeklindedir.

Gerilim tipi baş ağrıları, bilateral, zonklayıcı olmayan, hareketle kötüleşmeyen, bulantı ve kusma ile ilgisi olmayan baş ağrısıdır. Ancak şiddetli olduğunda bulantı ve kusmada görülebilir. Hafif tip gerilim baş ağrısında basit analjezikler veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) kullanılır. Şiddetli baş ağrısında ise tedavi migrenle aynı şekildedir.

KÜME BAŞ AĞRILARI

Küme baş ağrısı daha nadir görülür, prevalansı genel popülasyonun %0.4'ü kadardır. Kısa sürelidir (tedavi verilme bile), diğer primer baş ağrılarında farklı olarak erkeklerde daha yaygındır ve başlangıcı 20 yaş civarındadır. Trigeminal sinir disfonksiyonu sonucu olduğu düşünülür ve 5HT1D agonistlerine cevap vermesi migren ile aynı mekanizma sonucu oluştuğunu gösterir.

Küme baş ağrıları şiddetli, unilateral, 15-180 dakika süren, orbital, suborbital veya temporal ağrı ile karakterizedir. Ağ-

rı nedeniyle hastalar yerinde duramaz. Ağrıya aşağıda yer alan ağrı ile aynı tarafta olan bulgulardan en az biri eşlik eder: lakrimasyon, nazal konjesyon, rinore, fasiyal şişlik, miozozis, pitozis.

Kısa süreli küme baş ağrılarında tedavilerinde verilen herhangi bir ilaç tedavisi çok hızlı etki etmelidir. Tedavide oksijen verilmesi %70 hastada etkili bulunmuştur. Ayrıca DHE ve sumatriptanın da hızlı etkili olduğu gösterilmiştir. Ağızdan verilen ilaçların absorpsiyonu uzun sürdüğünden ve küme baş ağrısı periyodu kısa olduğundan akut atak tedavisinde etkili olmayabilirler, ancak NSAİİ sonraki atakların sıklık ve şiddetini azaltmada yararlı olabilir.

Primer Baş Ağrılarında Acil serviste Genel Yaklaşım

Baş ağrısı tipinden bağımsız olarak tedaviye yanıtızlık sekonder nedeni düşündürmelidir ve acilde ileri tetkiklere başlanmalıdır. Ayrıca primer baş ağrısı düşünülen ve tedavi ile gelişme sağlanan hastalarda da sekonder nedenler dışlanmaz. Acil servis tedavisine iyi cevap veren hastalar uygun bir takiple taburcu edilebilir. Bazen tedavisi zor olan migren ataklarında hasta daha agresif bir ağrı kontrolü için hastaneye yatırmak gerekebilir.