

BAŞ AĞRISINA GENEL YAKLAŞIM; GÜNÜMÜZDE DURUM

Figen GÖKÇAY*

Toplumda en sık karşılaşılan yakınmalardan olan baş ağrısı bir semptom olarak çeşitli hastalıklar sırasında görülebilir. Ancak pratikte karşılaşılan baş ağrılarının büyük bir kısmı primer baş ağrısı iken, olası sekonder nedenlerin değerlendirme hataları hasta için ciddi sonuçlar oluşturabilir (1,2). Baş ağrılı hastaların çoğunda tıbbi ve nörolojik bakı normal bulunduğu için değerlendirilmede en önemli faktör iyi alınan bir öyküdür. Böylece hastanın yanlış değerlendirilmesi ve gereksiz incelemelerin yapılması önlenmiş olur.

Baş ağrısı öyküsünde değerlendirilmesi gereken özellikler

1. Atak başlangıcı
2. Ağrının yerleşimi ve süresi
3. Atak sıklığı ve zamanlaması
4. Ağrının şiddeti ve niteliği
5. İlişkili özellikler
6. Tetikleyici faktörler
7. Düzelmeyi sağlayan faktörler
8. Sosyal öykü
9. Aile öyküsü
10. Geçmiş baş ağrısı öyküsü
11. Baş ağrısı etkileri
12. Kullanılan ilaçlar

Atak başlangıcı: Baş ağrısının ortaya çıkış yaşı ve şekli tanı için önemli bilgiler verir. Primer baş ağrıları genellikle çocukluk ve genç erişkin yaşlarda başlarken, 50 yaş üzerinde başlayan baş ağrılarında hipnik baş ağrısı gibi primer bir baş ağrısı görülebilirken, özellikle yer kaplayan oluşumlar ve temporal arterit gibi sekonder nedenler dışlanmalıdır (3). Kadınlarda doğumla ilişkili baş ağrılarında venöz sinus trombozu akla gelmelidir. Baş ağrısının travma veya eforla ilişkisi de değerlendirilmelidir (4).

1. Ağrının yerleşimi ve süresi: Ağrının yerleşimi baş ağrısının tanısında ipuçları verebilir. Hemikraniyal baş ağrıları migren ve küme baş ağrısı gibi primer baş ağrılarında sık görülürken, sekonder nedenlere bağlı baş ağrılarında supratentoriyel lezyonlar genellikle frontal bölgede lokalize olur. Oksipital bölgede lokalize ağrılarda ise arka çukur lezyonları dışlanmalıdır. Ensede lokalize ağrılarda, subaraknoid kanama, hipertansiyon ve gerilim tipi baş ağrıları akla gelmelidir. Kraniyal nevraljilerde ise ağrının lokalizasyonu etkilenen sinirin innervasyon alanındadır. Sekonder nedenlere bağlı yani organik kökenli baş ağrılarında ağrının tipik bir süresi yoktur. Oysa primer baş ağrıları ağ-

rının süresi de göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır. Migren atakları 4-72 saat sürerken, küme baş ağrıları için bu süre 15-30 dakika arasındadır. Epizodik gerilim baş ağrıları ise 30 dakika ile 7 gün arasında sürebilir (5).

2. Atak sıklığı ve zamanlaması: Organik baş ağrıları epizodik veya günlük ve sürekli olabilir. Herhangi bir primer baş ağrısını süre olarak taklit edebilir. Bu nedenle ağrının sıklığı artıyorsa ileri inceleme yapılması gerekir. Migren atakları sıklığı ve zamanlaması açısından kişisel özellikler gösterse de menstrüel siklusla ve diğer tetikleyicilerle (açlık, uykusuzluk, yorgunluk gibi) ilişkili olabilir. Küme baş ağrılarının ise mevsimsel özelliği vardır. Ayda 15 günden fazla olan baş ağrıları kronik baş ağrısı olarak tanımlanır (5).

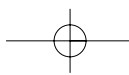
3. Ağrının şiddeti ve niteliği: Baş ağrısının şiddeti VAS (Vizüel analog skala) ile 1-10 arasında değerlendirilir. Şiddetin skala ile değerlendirilmesi tedavinin etkisinin izlenmesinde önemlidir. SAK ve hipofizer apoplekside baş ağrısı çok şiddetli olup, ani başlar. Ağrının niteliği de tanıda yardımcı bir faktördür. Migren baş ağrısı genellikle zonklayıcı özellikte iken bazen de künt ağrı şeklinde olabilir. Gerilim baş ağrısı mengene ile sıkıştırılmış gibi tanımlanır. Sekonder nedenler (beyin tümörü, anevrizma ve arterio-venöz malformasyon kanamaları) künt veya zonklayıcı özellikte baş ağrılarına neden olabilir.

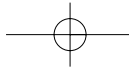
4. İlişkili özellikler: Baş ağrısına eşlik eden bulantı, kusma gibi özelliklerdir. Bunlar, migren gibi bir primer baş ağrısına eşlik edebilirken, kafa içi kitlelerde de görülebilir. Temporal arteritte lokal deri hassasiyeti ve çene kladikasyonu eşlik edebilen özelliklerdendir. Ateş ve meninks irritasyon bulgularının varlığı da menenjit düşündürür.

5. Tetikleyici faktörler: Migrende açlık, uykusuzluk veya aşırı uyku, mensturasyon, stres, yorgunluk, bazı yiyecekler tetikleyici faktör iken, alkol özellikle küme baş ağrısını tetikler. Postür ve efor kafa içi kitlelerin neden olduğu baş ağrılarını artırırken, egzersiz veya cinsel ilişki de anevrizma kanamalarına neden olarak ani ve şiddetli baş ağrısı oluşturabilir.

6. Düzelmeyi sağlayan faktörler: Bunların bilinmesi de hem tanıyı koymada hem tedavi yöntemini belirlemede önemlidir. Örneğin migren baş ağrısı sessiz, karanlık bir

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı





054 | BAŞAĞRISINA GENEL YAKLAŞIM; GÜNÜMÜZDE DURUM

odada uyku ile rahatlıkla geçebilirken, gerilim tipi baş ağrısında gevşeme egzersizlerinin olumlu katkısı olabilir. Kullanılan ilaçlar hakkında da hastalardan bilgi alınmalıdır. İlacın dozu değerlendirilmelidir. İlaç aşırı kullanımı ve buna bağlı baş ağrısı konusunda hasta bilinçlendirilmelidir.

7. Sosyal öykü: Hastanın sosyal öyküsünün değerlendirilmesi tanıya büyük katkı sağlayabilir. Eğitim, meslek özellikleri, alkol-sigara alışkanlıkları, depresif duygu durumunun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

8. Aile öyküsü: Bazı baş ağrılarında ailesel özelliğin önemi vardır. Örneğin, migrende benzer baş ağrıları ailede de sık karşılaşırlar. Migrenlilerin % 80'inde birinci dereceden akrabada migren vardır (6). Gerilim tipi baş ağrısında daha ender olsa da ailesel özellik söz konusudur.

9. Geçmiş baş ağrısı öyküsü: Baş ağrısının tanısında geçmiş baş ağrısı özellikleri ve kullanılan ilaçların dozunun bilinmesinin önemi büyüktür. Çünkü eskiden beri migren baş ağrıları olan bir hastanın aşırı ilaç kullanımı (En az 3 aydır, ayda 15 günden fazla analjezik ve NSAİ ilaçların veya 10 günden fazla triptan-ergotamin gibi spesifik migren ilaçlarının kullanılması) nedeniyle baş ağrısı sıklığı artmış olabilir (7).

10. Baş ağrısı etkileri: Doğru tanı ve uygun tedavinin sağlanmasında hastanın kayıpları iyi değerlendirilmelidir. Primer baş ağrısı örneği olan migrende iş gücü kaybına neden olan şiddetli ağrılarla uygun bir tedavi ile mücadele etmek gerekir. Yeni başlayan bir baş ağrısında sekonder nedenler dışlandıktan sonra hastaya gerekli açıklamalar yapılmalı, hasta ve yakınlarının endişeleri giderilmelidir.

11. Kullanılan ilaçlar: Yeni başlayan bir baş ağrısında hastanın o dönemde kullanmakta olduğu ilaçlar sorgulanmalıdır. Nitrogliserin gibi vazodilatatörlerin de baş ağrısı oluşturabileceği akla gelmelidir.

Baş ağrısı tanısında alarm bulgular (4):

- 50 yaş sonrası başlangıç - temporal arterit, kraniyal kitle lezyonu
- Akut başlangıç - SAK, hipofizer apopleksi
- Erken sabah başlangıcı - kitle
- Baş ağrısı progresyonu - tümör, subdural hematoma
- Sistemik hastalıkla birlikte olan baş ağrısı (Malinite, AIDS)- metastaz, menenjit
- Fokal nörolojik belirti veya bulgu - kitle, AVM, inme, kollajen hastalıklar
- Papil ödem - kitle, psödötümör serebri
- Daha önce de var olan baş ağrısı özelliğinde değişiklikler
- Ortostatik baş ağrısı - intrakraniyal hipotansiyon
- Sistemik bulgularla (ateş, kilo kaybı) birlikte baş ağrısı-menenjit, ansefalit, sistemik enfeksiyon
- Oksipital yerleşimli baş ağrısı-arka çukur lezyonları

- Sabit lateralizasyon gösteren baş ağrısı - kitle lezyonu
- Kafa travması öyküsü - subdural, epidural, intraserebral hematoma
- Ense sertliğinin varlığı - SAK, menenjit
- Kişilik ve davranış değişikliği - kitle lezyonu

Akut ve şiddetli baş ağrısı nedenleri

1. Nörolojik nedenler
2. Oftalmik nedenler
3. Nazal-dental-otolojik nedenler
4. Sistemik, metabolik ve toksik nedenler

Nörolojik nedenler:

- Nörovasküler nedenler
 - a. SAK
 - b. Serebrovasküler hastalık (dural sinüs trombozu, arteriyel diseksiyon)
 - c. Temporal arterit
 - İntrakraniyal nonvasküler nedenler
 - a. Tümör
 - b. Menenjit, ansefalit
 - c. Hidrosefali
 - Servikal patolojiler
 - a. Arnold-Chiari malformasyonu
 - b. Servikal spinal patolojiler
 - Primer baş ağrısı
- Oftalmik nedenler:
- Glokom
 - Uveit

Nazal-dental-otolojik nedenler:

- Akut sinüzit
- Diş absesi
- otit media/eksterna, mastoidit

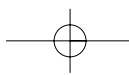
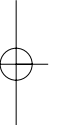
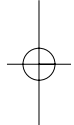
Sistemik, metabolik/toksik nedenler:

- Viral enfeksiyonlar
- Hipoksi, CO entoksikasyonu, hipoglisemi
- Hipertansif kriz
- Miyokard enfarktüsü
- SLE; Behçet hastalığı gibi sistemik hastalıklar

Baş ağrısına neden olabilen ilaçlar:

- Antibiyotikler (sulfonamid, tetrasiklin)
- Kardiyovasküler ilaçlar (izosorbid, nifedipin, nitrogliserin)
- G.İ.S ilaçları (famotidin, ranitidin, lansoprazol, omeprazol)
- Hormonlar (östrojen, progesteron, tamoksifen)
- Psikiyatrik ilaçlar (dekstroamfetamin, SSRI, metilfenidat, fenotiazinler)
- Diğer ilaçlar (diklofenak, dipridamol, sildenafil, levodopa, nitritler, monosodyum glutamat, tiramin, teofilin)

Baş ağrısına, yeni başlanan bir ilacın neden olduğu düşünüldüğünde ilaç kesilir, ilaç kesimini izleyerek baş ağrısı or-



tadan kalkarsa, baş ağrısı kesilen ilaçla ilişkilendirilir (8). Baş ağrısına yaklaşımda doğru tanı ve tedavi için baş ağrısı sınıflaması ve sistematik yaklaşım temeldir. Bugün kullanılan sınıflama uluslararası baş ağrısı topluluğunun (IHS) 2004 sınıflamasıdır (5). Sınıflandırmada tanı kriterlerinin bilinmesi hastanın özelliklerinin değerlendirilmesini sağlar ve klinisyene iyi bir rehber olur. Baş ağrısı bozukluklarının uluslararası sınıflaması- 2004 (IHS)

■ Primer baş ağrısı

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı
3. Küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrıları (primer saplanıcı, primer öksürük, primer eksersiz baş ağrısı, cinsel aktivite ile ilişkili primer baş ağrısı, hipnik baş ağrısı, primer gök gürültüsü baş ağrısı, süregen hemikraniya, yeni günlük ısırarlı baş ağrısı,

Primer baş ağrısında temel yaklaşım;

1. Dikkatli öykü
2. Nörolojik bakı
3. Uygun sınıflama
4. Uygun tedavi

Migren; Toplumda oldukça sık görülen ve tanı kriterleri net olan bir baş ağrısı olmasına rağmen halen tanısı yanlış konabilmektedir. Sıklıkla unilateral olup, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi eşlik eder. Ciddi iş gücü kaybı ve sosyal aktivitelerde bozulmaya neden olur. Uygun ve etkin tedavilerle (atak tedavisi ve profilaktik tedavi) iş gücü kaybı azaltılmaya çalışılır (9,10).

Gerilim tipi baş ağrısı; Primer baş ağrılarından en sık görülen tipidir. Ağrı bilateral yerleşimli olup, dakikalar ve günlerce sürer. Basınç hissi veya sıkıştırıcı özelliktedir. Genellikle hafif veya orta şiddettedir. Epizodik ve kronik şekilleri vardır. Sık ataklarda antidepresan ilaçlarla profilaktik tedavi uygundur (11).

Küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrısı; Orbital, periorbital veya temporal yerleşimli, tek taraflı, 15-180 dakika süreli, kraniyal otonomik semptomların eşlik ettiği çok şiddetli primer baş ağrısıdır. Paroksizmal hemikraniya ve SUNCT diğer trigeminal otonomik baş ağrılarıdır. Küme baş ağrısı atağında hızlı etkili triptan formları etkili olabilirken profilaksiste kortikosteroidler ve kalsiyum kanal blokleri olan verapamil veya lityum etkilidir (12).

Diğer primer baş ağrılarından ; idyopatik saplanıcı baş ağrısı ve cinsel aktiviteye eşlik eden baş ağrıları indometasine yanıt veren baş ağrılarıdır.

Sekonder baş ağrısı nedenleri (8,13)

- Baş ve/veya boyun travması ile ilişkili baş ağrısı

- Kraniyal ve servikal vasküler bozukluklarla ilişkili baş ağrısı

- Non-vasküler intrakraniyal nedenlerle ilişkili baş ağrısı

- Madde kullanımı veya eksikliği ile ilişkili baş ağrısı/ ilaç aşırı kullanım baş ağrısı

- Enfeksiyonla ilişkili baş ağrısı

- Homeostaz bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı

- Kranyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ya da yüz yapıları ile ilişkili baş ağrısı

- Psikiyatrik bozukluklarla ilişkili baş ağrısı

Sekonder baş ağrısı standart tanı kriterleri (14)

1. BA neden olabileceği bilinen bir başka hastalığın olması

2. BA'nın diğer hastalıkla zamansal ilişkisi

3. Neden olduğu düşünülen hastalığın tedavisinden sonra 3 ay içinde BA azalması veya kaybolması

Kraniyal nevraljiler, santral ve primer yüz ağrısı ve diğer baş ağrıları (5)

- Kraniyal nevraljiler ve yüz ağrısının santral nedenleri

- Diğer baş ağrıları, kraniyal nevralsi, santral ve primer yüz ağrısı

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı: Baş ağrısına yatkın bir hastada semptomatik ilaçların aşırı kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan baş ağrısıdır. 3 aydan daha uzun süredir analjeziklerin ayda 15 günden fazla, triptanların ve ergotaminin ayda 10 günden fazla kullanımları söz konusudur. Kesin tanı için baş ağrısı ilaçlar kesildikten sonra 2 ay içinde kaybolmalıdır (5,7).

Baş ağrısı tanısının altın standardı, hastanın baş ağrısı öyküsünün alınması ve nörolojik muayenesinin yapılmasıdır. Böyle bir yaklaşım sekonder baş ağrısı sendromlarının tanınma olasılığını artırır. Sınıflandırılmayan baş ağrılarında gereğinde KBB ve Göz konsültasyonları yapılmalıdır. Başlangıcı yeni olan, ilerleyici baş ağrısına nörolojik hastalık gibi yaklaşılmalı ve ayırıcı tanıda ileri incelemeler yapılmalıdır.

AYIRICI TANIDA KULLANILAN İLERİ İNCELEMELER (9)

Sedimentasyon

Temporal arter biopsisi

BT ve/veya MRG

Anjiyografi (MRA-DSA)

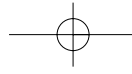
MR Venografi

BOS incelemesi (basınç ve diğer)

BT miyelografi

Servikal radyolojik incelemeler

6 aydan uzun süreli tekrarlayan baş ağrılarına yaklaşım farklıdır. Bunlar primer baş ağrısı açısından değerlendiril-

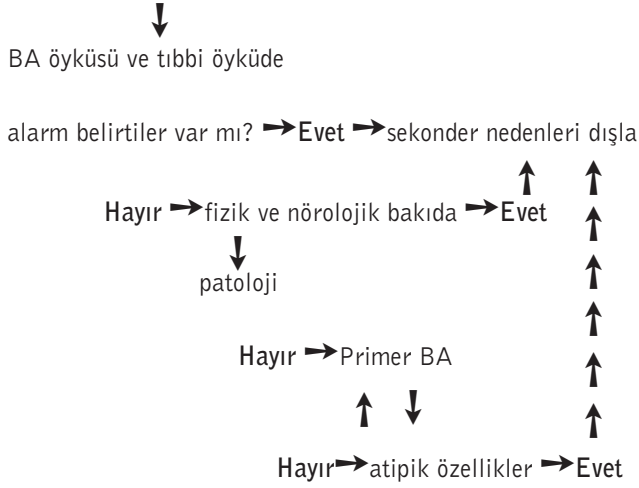


056 BAŞAĞRISINA GENEL YAKLAŞIM; GÜNÜMÜZDE DURUM

melidir. Primer baş ağrısı olan migrende en sık düşünülen yanlış tanı sinüs baş ağrısıdır. Oysa IHS altta bir akut rinosinüzit olmadıkça sinüs baş ağrısını tanısasal bir antite olarak kabul etmemektedir (5).

Baş ağrılarında doğru tanısasal yaklaşım, uygun tedaviyi sağlamakta, gereksiz incelemeleri ve cerrahi engellemekte ve bu şekilde hastaların yaşam kalitesi artmaktadır.

Baş ağrılı (BA) hastada tanı algoritması



KAYNAKLAR

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Epidemiology of headache in a general population a prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 1991; 44:1147-1157.
2. Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in general population. *Neurology* 1992; 42: 443-446.
3. Dodick DW, Mosek AC, Campbell JK. The hypnic ('alarm clock') headache syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18:152-156.
4. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, eds. *Headache in clinical practice.* London: Taylor & Francis; 2002.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl.1):1-160.
6. Russell MB. Genetic epidemiology of migraine and cluster headache. *Cephalalgia* 1997; 17: 683-701.
7. Katsarava Z, Diener HC, Limmroth V. Medication overuse headache: a focus on analgesics ergot alkaloids and triptans. *Drug Saf.* 2001; 24: 921-927.
8. Zarifoğlu M. Sekonder baş ağrıları. *Türkiye Klinikleri, Baş ağrıları özel sayısı* 2003; 2: 110-115.
9. Swanson JW, Sakai F. Diagnosis and differential diagnosis of migraines. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches, 3rd edition.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 423-427.
10. Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 638-645.
11. Jensen R, Becker WJ. Symptomatology of episodic tension-type headaches. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches, 3rd edition.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 685- 692.
12. Leone M, Rapoport A. Preventive and surgical management of cluster headaches. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches, 3rd edition.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 809-814.
13. Gorelick PB, Heir DB, Caplan LR, Langenberg P. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36: 1445-1450.
14. Olesen J, Lipton RB. Classification of headache. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches, 3rd edition.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 9-15.

