

# Acil serviste baş ağrısına yaklaşım

N.Gökben Çetin, Önder Tomruk

\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Isparta

## Özet

Baş ağrısı (BA), acil servislerde çok sık karşılaşılan bir semptomdur. Birçok hastalığa eşlik edebilen BA'na tanı koymada ve tedavisini planlamada klinik politikalar belirlemek önemlidir. Anamnez ve fizik muayene bulguları tanısal testlerin seçiminde yol gösterici olurken, yapılan testlerin doğrultusunda farklı tedavi protokolleri belirlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Baş ağrısı, acil servis, klinik yaklaşım

## Abstract

### Approach to headache in emergency department

Headache is one of the most common symptoms seen in emergency departments. Establishing the differential diagnosis and management of headache is very important because it can be together with many diseases. Anamnesis and physical examination may help to distinguish the diagnosis methods. Different treatment protocols should be planned in the light of these methods.

**Keywords:** Headache, emergency department, management

## Giriş

İnsanları etkileyen ağrılı durumlardan en yaygın olanı baş ağrısıdır (BA). BA nörolojik hastalıkların yanı sıra kalp hastalıkları, hipertansiyon, gastrointestinal sistem hastalıkları, kulak-burun-boğaz problemleri, göz problemleri, psikiyatrik hastalıklar gibi sistemik hastalıklara da eşlik eden bir semptomdur. BA ile hayatı boyunca tanışmamış insan yoktur. Toplum içinde yetişkin ve adolesan yaş grubunda en sık görülen semptomlardan bir tanesidir(1,2).

Acil servise başvuran hastaların %4'ünde BA şikayeti bulunmaktadır(3). Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun %40'ı zaman zaman BA çekmekte ve sadece %10'u doktora başvurmaktadır(2). Ülkemizde 1998 istatistiklerine göre 15-55 yaş arasında kadınların %53.9, erkeklerin %42.2'sinde BA problemi bulunmaktadır(4).

Acil servise başvuran BA olan hastaların çoğunluğu primer BA sendromu olup, hızlı ve efektif tedavi ile sorunlarından kurtulmaktadır. Hastaların %3.8'inde sekonder BA bulunmaktadır(2).

BA'nın ekstrakraniyal nedenleri; cilt, kas, kan damarları ve periost kökenlidir. İntrakraniyal nedenleri ise venöz sinüsler, duramater, kafatası ve dural arterler, falks serebri orijinlidir. Ağrıya duyarlı yapılarda ağrının oluşum mekanizması; distansiyon, dilatasyon, inflamasyon, gerilim veya traksiyondur(2).

Tanıyı kolaylaştırmak için ve etyolojik yaklaşımla BA'nı daha iyi ele almak için değişik BA tiplerini

sınıflamak esastır. International Headache Society 1988'de BA'nda sınıflama ve tanı kriterlerini geliştirdi ve 2003 yılında bu sınıflama ve kriterlerde bazı değişiklikler yaptı. International Headache Society 2003 sınıflamasına göre BA başlıca üç bölüme ayrılır:

1- Primer BA:

a-Migren

b-Tansiyon tipi BA

c- Cluster BA ve diğer trigeminal otonomik sefalji

d-Diğer primer BA

2- Sekonder BA:

a-Baş ve/ veya boyun travmasına bağlı BA

-Kranial, servikal, vasküler hastalıklara bağlı BA

b-Vasküler olmayan intrakraniyal hastalıklara bağlı BA

c-Madde kullanımı veya kesilme sendromlarına bağlı BA

d-Enfeksiyonlara bağlı BA

e-Homeoostasis bozukluklarına bağlı BA

f-Kraniyum, boyun, göz, kulak, burun, sinüs, dişler, dudak veya diğer kranial ve fasial yapılara bağlı BA

g-Psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili BA

3- Diğer BA'ları:

a-Kraniyal nevraljiler ve santral nedenli fasial ağrılar

b-Diğer BA ve primer fasial ağrı (5)

Bu sınıflamanın önderliğinde acil servis doktorunun görevi, kritik sekonder BA'nın nedenini hızla araştırmak, primer ve reversibl sekonder BA'nın nedenlerini tanımak ve efektif tedaviye başlamak, primer BA sendromlarının efektif tedavisini yapmak ve taburcu olan hastaların takibi için bir Nöroloji Uzmanına referre etmektir(2). Bunun için de BA'nın niteliği, önceki ağrılarla benzerliği, lokalizasyonu, eşlik eden semp-

## Yazışma Adresi:

Dr.Gökben Çetin

SDÜ Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Isparta

Tel : 0246 2112708

E-mail : gokbencetin@hotmail.com

tomları, ilaç kullanma öyküsü, madde bağımlılığı öyküsü, özgeçmiş özellikleri sorgulanmalı ve bunların ışığında BA incelenmelidir.

Anamnezinde akut kafa travması olmayan yetişkin ve adölesan hastalar için BA'nda klinik politikalar belirlemek kısa sürede ve doğru tanı yöntemleri ile tanıya gitmek için önemlidir. Bu nedenle anamneze göre (Tablo 1), eşlik eden semptomlara göre (Tablo 2), kullanmakta olduğu ilaçlara ve madde suistimaline göre (Tablo 3), özgeçmiş özelliklerine göre (Tablo 4), vital bulgularına göre (Tablo 5), fizik muayene özellikler-

ine göre (Tablo 6), tanısal testlere göre (Tablo 7) BA'na yaklaşım değişiklik gösterir. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda tespit edilen nedenler de girişimsel işlemler ve tedavide (Tablo 8) değişikliklere neden olur (6).

### Tedavi

Acil serviste BA tanısı konduktan sonra en uygun tedavi başlanmalıdır. Primer BA'larının atak tedavisinde analjeziklerden metimazol veya nonsteroid antiinflamatuvar grubundan bir ilaçlar verilebilir. Bunlar ile ağrı kontrol altına alınamıyorsa

**Tablo 1:** Anamneze göre BA yaklaşımı

Anamnez Bilgileri	Yapılacak işlemler
Şiddetli, aniden başlayan	BT, BT normal veya yapılamıyorsa LP, Nöroloji veya NRS konsültasyonu
Potansiyel CO maruziyeti	%100 O <sub>2</sub> , COHb düzeyi
Önceki BA'ndan değişik	Nörolojik muayene, radyolojik görüntüleme
Fonksiyonel düzeyde değişiklik	Nörolojik muayene, elektrolitler, glikoz düzeyi, COHb düzeyi, BOS'da sifiliz testi, LP, radyolojik görüntüleme
Vertebral lokalize BA	BT, sintüs görüntüleme
Önceki epizottan farklı olmayan primer benign baş ağrısı (migren, gerilim, cluster)	Gözleme al
İmmünkompromize, HIV hikayesi	MRG veya BT (HIV+ ise kontrastlı/kontrastsız) LP (BOS'ta sifiliz, fungal, mikrobakteriyel çalışmalar), antimikrobiyaller
Nonserebral malignensi hikayesi	Nörolojik muayene, radyolojik görüntüleme
Beyin ameliyatı veya şant hikayesi	BT, LP, şanti değerlendir, NRS konsültasyonu

**Tablo 4:** Özgeçmişe göre BA yaklaşımı

Özgeçmiş Öyküsü	Yapılacak işlemler
Şu anda veya yakın geçmişte gebelik	Nörolojik muayene, TA monitörizasyonu, idrar analizi, radyolojik görüntüleme Nöroloji ve Kadın-Doğum konsültasyonu
AVM veya anevrizma hikayesi	Göz dibi muayenesi, MİB, BT, LP

**Tablo 5:** Vital bulgulara göre BA

Vital bulgular	Yapılacak işlemler
Ateş	MİB, BT, LP, antipiretikler, AB
Ciddi hipertansiyon (HT)	Hedef organ hasarının tayini, BT, LP (BOS hücre sayısı, ksantokromi), TA ölçümü, Nöroloji konsültasyonu, yatış

**Tablo 2:** Semptomlara göre BA yaklaşım

Semptomlar	Yapılacak işlemler
Yeni nörolojik semptomlar	Nörolojik muayene, radyolojik görüntüleme
Diplopi veya görme alanı defekti	Göz muayenesi, radyolojik görüntüleme
Görme keskinliğinde değişiklikler	Göz muayenesi, tonometri, Sedimentasyon
Yeni başlayan nöbet / senkop	Monitörizasyon, DY, elektrolitler, glikoz düzeyi veya stick kan şekeri, COHb düzeyi, radyolojik görüntüleme, EKG, LP
Fıskırır tarzda veya tekrarlayan kusma	Hidrasyon düzeyinin tayini, elektrolit, COHb düzeyi, BT, LP, antiemetikler

**Tablo 3:** Kullandığı ilaç ve madde suistimaline göre BA

Kullanılan madde	Yapılacak işlemler
Alkol suistimali	Radyolojik görüntüleme
Antikoagülan kullanımı	PT / aPTT, INR, BT
Kronik analjezik kullanımı	Nöroloji konsültasyonu
Kr. ergotamin kullanımı	Nöroloji konsültasyonu, yatış
Sempatomimetikler	TA monitörizasyonu, radyolojik görüntüleme, Nöroloji konsültasyonu

**Tablo 6:** Fizik muayene bulgularına göre BA

Lokalizasyona göre fizik muayene bulguları		Yapılacak işlemler
Baş muayenesi	Diş perküsyonunda hassasiyet	Transillüminasyon, sinüs görüntüleme
	Sinüs hassasiyeti	Transillüminasyon, sinüs görüntüleme
	Temporal arterde, scalpte hassasiyet	Miyalji, artralji, çene kladikasyonu için anamnezi yenile, Sedimentasyon, Dahiliye konsültasyonu
Boyun muayenesi	Ense sertliği / MİB, SAK şüphesi	BT, LP eğer BT(-) veya yapılamıyorsa diğer radyolojik görüntüleme çalışmaları, NRŞ konsültasyonu
	Ense sertliği /MİB, menenjit şüphesi	LP, AB (şüpheli etyoloji bakteriyelse), BT, Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu
	Ense sertliği ve ateş	LP, AB, kan kültürleri, BT, antipiretik Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu, yatış
Nörolojik muayene	Mental durumda değişikliğin dahil olduğu yeni nörolojik bulgular	Radyolojik görüntüleme, toksik-metabolik durumu değerlendir, DY, O2, monitörizasyon, serum Na ölçümü, COHb düzeyi, LP, Nöroloji konsültasyonu
	Yeni ataxi (nistagmus dahil) veya anormal yürüyüş	Posterior fossaya özel radyolojik görüntüleme, Nöroloji konsültasyonu
Göz muayenesi	Yeni korneal bulutlanma	Göz muayenesi, tonometri, Göz konsültasyonu
	Yeni görme alanı defekti	Radyolojik görüntüleme, diğer nörolojik görüntüleme çalışmaları, Göz konsültasyonu
	Oftalmopleji	Radyolojik görüntüleme, Göz konsültasyonu
	Papil ödemi	Radyolojik görüntüleme, Göz konsültasyonu
	Görme keskinliğinde değişiklik	Sallanan fener testi (Marcus Gunn pupil) pinhole testi, tonometri, kan glikoz düzeyi, Sedimentasyon ( yaş>50), Göz konsültasyonu
	İpsilateral pitozis, miyozis (Horner sendromu)	Karotit görüntüleme, Nöroloji konsültasyonu
	Ekstra oküler hareketlerle ağrı	Sallanan fener testi (Marcus Gunn pupil), görme keskinliği, orbital BT, Göz konsültasyonu

**Tablo 7:** Tanısal testlere göre BA yaklaşım

Tanısal test	Test sonuçları	Yapılacak işlemler
COHb düzeyi	Klinik olarak önemli yükselme	CO intoksikasyonu için tedavi, Toksikoloji konsültasyonu
Tonometri	İntraoküler basınç yükselmesi	Akut glokom için değerlendir, Göz konsültasyonu
LP	Anlamli sayıda Lökosit	Menenjit/ensefalit (bakteriyel, fungal, viral) veya vaskülit için değerlendir, AB, Enfeksiyon Hastalıkları, Dahiliye konsültasyonu, yatış
	BOS Gram boyamada bakteri	DY, AB, yatış, elektrolit, serum glikoz tayini, tam kan sayımı, maske izolasyonu
	Pozitif çini mürekkebi testi / fungal antijen	Fungal menenjit için tedavi, HIV için değerlendir
	Pozitif asit-fast bacillus boyama	Maske izolasyonu, asit-fast basillus menjitinin tedavisi, HIV için değerlendir
	BOS'ta tüp 1 ve tüp 4 arasında eritrosit sayılarında fark olmaması	SAK tedavisi
	Ksantokromik BOS	SAK / intra kranial kanama tedavisi
	BOS proteini >100mg/dl	Menenjit (sfiliz, tbc, Lyme, fungal), neoplazm veya multipl sklerozis için değerlendir
	Normal BOS analizi ile artmış intrakranial basınç	Psödotümör cerebri, kitle lezyonu için değerlendir
	BOS /serum glikoz oranunda önemli azalma	Bakteriyel menenjit tedavisi
Radyolojik Görüntüleme	SSS kitle lezyonu, orta hat şifti	Nörolojik muayene, NRŞ konsültasyonu, DY, O2, monitörizasyon, hava yolu uygulamaları, steroidler, yatış
	Ventrikül genişlemesi	NRŞ konsültasyonu
	Radyolojik görüntüleme ve MİB normal	LP
Sedimentasyon	yüksek (yaş>50)	Göz muayenesi, steroidler, Göz konsültasyonu
Sintis görüntüleme	Sinüste sıvı/mukozal kalınlaşma	Sintüzit tedavisi
İdrar analizi	Postpartum / gebeliğin 2. yarısında 3+ veya önemli protein	Gebeliğin indüklediği HT için değerlendir, Kadın-Doğum konsültasyonu, yatış

**Tablo 8:** Taniya göre BA yaklaşım

Tanı	Yapılacak işlemler
SAK	DY, sık aralıklarla muayene, NRŞ konsültasyonu, yatış, O2, monitörizasyon, hava yolu, elektrolitler, hemogram, PT/aPTT, yatak başını 30° kaldır, nimodipine, antikonvülzanlar
Akut Subdural hematom	DY, sık aralıklarla muayene, NRŞ konsültasyonu, yatış, O2, monitörizasyon, hava yolu, elektrolitler, BUN/kreatinin, hemogram, PT /aPTT, kan grubu ve cross, yatağın başını 30° kaldır
Kr. Subdural hematom	NRŞ konsültasyonu
Akut Epidural hematom	DY, sık aralıklarla muayene, NRŞ konsültasyonu, yatış, O2, monitörizasyon, havayolu, elektrolitler, BUN/ kreatinin, hemogram, PT/aPTT, kan grubu ve cross, yatak başını 30° kaldır
İntra cerebral kanama-akut	DY, sık aralıklarla muayene, NRŞ konsültasyonu, yatış, O2, monitörizasyon, hava yolu, elektrolitler, BUN/kreatinin, hemogram, PT /aPTT
Serebral kanama-akut	DY, sık aralıklarla muayene, NRŞ konsültasyonu, yatış, O2, monitörizasyon, hava yolu, elektrolitler, BUN/kreatinin, hemogram, PT/aPTT kan grubu ve cross.
Nonhemorajik serebrovasküler olay	Sık aralıklarla muayene, Nöroloji konsültasyonu, yatış, DY, O2, monitörizasyon, hava yolu, elektrolitler, doppler USG
Serebral venöz sintis trombozu	Nöroloji konsültasyonu, yatış, heparinizasyon, AB
Karotit arter disseksiyonu	Kalp-Damar Cerrahisi konsültasyonu, yatış, hemogram, PT/aPTT
Menenjit-bakteriyel	AB, hemogram, PT/aPTT, analjezik, antipiretik, Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu, yatış
Menenjit-viral	Antiviral medikasyon, analjezik, Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu, yatış
Menenjit-fungal	Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu, IV antifungal medikasyon, yatış
Retroorbital enfeksiyon	AB,Enfeksiyon Hastalıkları, Göz konsültasyonu, yatış
SSS absesi	Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu, AB, yatış
Sinüzit	Dekonjesan / vazokonstriktör, saline burun spreyi, steroidler, analjezikler, AB
SSS tümörü	NRŞ konsültasyonu, steroidler
Akut hidrosefali	NRŞ konsültasyonu, yatış
Psödötümör serebri	LP, ilaç tedavisi, Nöroloji konsültasyonu
Akut glokom	Göz konsültasyonu, ilaç tedavisi
Optik nöritis	Göz konsültasyonu, steroidler
Karbonmonoksit toksisitesi	%100 O2, hiperbarik O2,yatış
Temporal arteritis	Steroidler, Dahiliye konsültasyonu, yatış
Febril BA	Ateş odağına yönelik tedavi, antipiretik
Vaskülit	Steroidler,Dahiliye konsültasyonu, yatış
Gebelik + hipertansiyon	Kadın-Doğum konsültasyonu
Primer BA sendromları	Antiemetik, analjezik, seratonin reseptör modülatörleri, sedatifler, steroidler,O2, Nöroloji konsültasyonu

**Kısaltmalar:**BT=Bilgisayarlı Tomografi, LP=Lomber Punksiyon, COHb=Karboksihemoglobün, NRŞ=Beyin Cerrahisi, BOS=Beyin Omurilik Sıvısı, MRG=Manyetik Rezonans Börtüntüleme, DY=Damar Yolu, EKG=Elektrokardiyografi, TA= Tansiyon Arteriyel, AVM=Arteriyovenöz Malformasyon, MİB=Meninks İrritasyon Bulguları, AB=Antibiyotik, SAK=Subaraknoid Kanama, HT=Hipertansiyon, SSS=Santral Sinir Sistemi

spesifik migren ilaçlarından ergotamin, sumatriptan (SC 6mg, nazal 20mg, PO 50-100mg), naratriptan (PO 2,5mg), zolmitriptan (PO 2,5mg) verilebilir (4). Bunların dışında acil servislerde primer BA'da sıklıkla ilk tercih olarak metoklopramid (IV 10mg) uygulanmakta, hem ağrıya sekonder gelişen bulantı ortadan kalkmakta, hem de ağrı geçmektedir (6,7). Hastalarda menenjit düşünülüyor ise uygun antibiyoterapi zaman kaybetmeden başlanmalıdır. Subaraknoid kanama tespit edilen hastalarda nimodipine (PO 4 x 60mg) verilip anjiyografi ve cerrahi için hazırlanmalıdır(3).

Sonuç olarak BA şikayeti ile acil servise sık başvuru olmaktadır. Bu nedenle BA ile başvuran hastalarda

uygun tanı ve tedaviyi yapabilmek için doğru klinik politikalar önderliğinde BA'nı sınıflamak ve bunun doğrultusunda hareket etmek gerekmektedir.

#### Kaynaklar

- 1-Baş ağrısı. <http://www.itfnoroloji.org/ekitap.htm>. Elde edilme tarihi: 23/04/2004
- 2-Henry GL. Headache. In: Rosen P, Barkin MR. Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice (4th Ed) St.Louis, Mosby-Year Book, 1998; 2119-31.
- 3-Deny CJ, Schull MJ. Headache and Facial Pain. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide (6th Ed) New York, McGraw-Hill, 2004; 1375-82.
- 4-Baş ağrısı Ders Notları. <http://www.trakya.edu.tr> Elde edilme tarihi: 21/04/2004

- 5-The international classification of headache disorders.  
<http://www.blackwellpublishing.com/society-asp?ref=0333-1024-10k> Elde edilme tarihi: 08/06/2004
- 6-Molzen GW, Murphy BA, Pietrzak MP,Sayers DG, Cantrill SV,Huff JS, Jagoda AS. Clinical policy for the initial approach to adolescents and adults presenting to the emergency department with a chief complaint of headache. Ann Emerg Med 1996; 27: 821-844
- 7-Cicek M. Primer başağrısı ataklarının acil tedavisinde metoklopramid, meperidin ve metoklopramid-meperidin kombinasyonunun prospektif, randomize,plasebo-kontrollü karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD. 2002