

Baş Ağrısına Pratik ve Güncel Yaklaşım

Practical and Current Approaches to Headache

Öz

Baş ağrısı, insanların yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olan, birinci basamaktan başlayarak, her hekimin sıklıkla karşılaştığı ve en sık yaşanan ağrı türlerinden birisidir. Birinci basamağa başvuran hastalarda görülme sıklığı %25'dir. Hayatları boyunca insanların %90'ından fazlası en az bir kez baş ağrısına maruz kalmıştır. Türkiye'de ise her beş kadından ve on erkekte birinde migren baş ağrıları vardır(1,2).

Baş ağrıları temel olarak primer ve sekonder baş ağrıları olarak iki ana grup olarak incelenir. Baş ağrısına neden olan tümör, enfeksiyon, beyin damar hastalığı gibi ikincil bir olay söz konusu ise bu 'sekonder baş ağrısı' olarak değerlendirilir. Ancak ağrının nedeni olarak yapısal bir değişiklik, sistemik bir hastalık ya da geçirilmiş kafa travması söz konusu değil ise, tüm baş ağrılarının yaklaşık %90'ını oluşturan 'primer baş ağrısı' olarak kabul edilir.

Multifaktöriyel bir yönünün de bulunması nedeniyle baş ağrısı tanısında, iyi bir öykü ve pratik tanısal yaklaşımlar ile öncelikle birinci basamakta görev yapan hekimler olmak üzere hemen her branş hekimi ön değerlendirme yapabilmelidir.

Abstract

Headache is one of the most frequently experienced types of pain, that cause deterioration of quality of life and starting with the first step, each physician is often faced. The incidence in patients presenting to primary care is 25%. More than 90% of people have been exposed to headache at least once, throughout their lives. In Turkey, one of every five women and one of every ten men have migraine headaches (1,2).

Headaches are examined basically in two main groups, as primary and secondary headaches. Cause of headache is a secondary event like tumor, infection, cerebral vascular disease, this is considered as 'secondary headache'. However, a structural change, a systemic disease or head trauma is not concerned as the cause of the pain, is considered as 'primary headache', which accounts for approximately 90% of all headaches(1,2,3).

For the diagnosis of headache, also due to the presence of a multifactorial aspects, almost every branch of physicians, especially working in primary care, must be able to make the preliminary assessment, with a good story, and practical diagnostic approaches.

Uzm. Dr. Şükran KAYGISIZ,
Yrd. Doç. Dr. Tuba YAZICI¹,
Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ²

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Ordu

Tel/phone: +90 531 7903366

E-mail: draliyilmaz19@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

Baş ağrısı, alarm işaretleri

Keywords:

Headache, alarm signals

Geliş Tarihi - Received
07/11/2016

Kabul Tarihi - Accepted
08/12/2016

Baş Ağrısı Sınıflaması

Bilimsel araştırmalarda ve klinik uygulamada sistematik yaklaşım olanağı verdiği için baş ağrılarının sınıflandırılması gerekliliği doğmuştur. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin en son 2013 yılında kabul ettiği sınıflandırma Tablo I'de verilmiştir (1).

Tablo I. Baş Ağrılarının Sınıflandırılması (2013)

Primer Baş Ağrıları

1. Migren
 - a. Aurasız migren
 - b. Auralı migren
 - c. Çocukluk çağı periyodik sendromları
 - d. Retinal migren
 - e. Migren komplikasyonları
2. Gerilim baş ağrısı
 - a. Epizodik gerilim baş ağrısı
 - b. Kronik gerilim baş ağrısı
3. Küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları
 - a. Epizodik küme baş ağrısı
 - b. Kronik küme baş ağrısı
 - c. Epizodik paroksizmal hemikranya
 - d. Kronik paroksizmal hemikranya
 - e. Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevraljiform baş ağrısı atakları
4. Diğer primer baş ağrıları

Sekonder baş ağrıları

1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlanan baş ağrısı
2. Kranyal ya da servikal damarsal bozukluklara bağlanan baş ağrısı
3. Damarsal olmayan kafa içi bozukluklara bağlanan baş ağrısı
4. Bir maddeye ya da bunun bırakılmasına bağlanan baş ağrısı
 - a. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı
 - b. Diğer madde kullanımına bağlı baş ağrıları
5. Enfeksiyona bağlanan baş ağrısı
6. Homeostaz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
7. Kranyal yapıların bozukluklarına (gözler, kulaklar, sinüsler, dişler) bağlanan baş ağrıları

Diğer baş ağrıları

1. Trigeminal nevralsi
2. Glossofaringeal nevralsi
3. Oksipital nevralsi
4. Yüz ağrısı

Baş Ağrısı Hastasında En Önemli Tanı

Yöntemi: Öykü Alma

Öykü alırken mutlaka sorulması gereken sorular şu şekilde özetlenebilir: (1,2,3).

- Başlangıç yaşı ve süresi
- Niteliği (Zonklayıcı, sıkıştırıcı, saplanıcı veya elektrik çarpması benzeri, vb.).
- Yerleşimi (Başın sağ ya da sol yarısında, fronto-temporal, fronto-orbital, oksipital yerleşimli, vb.).
- Epizodik-kronik karakteri
- Sıklığı
- Gün içindeki başlangıç zamanı

- Başlangıç şekli (Yavaş veya ani başlangıç)
- Şiddeti
- Tetikleyici faktörler (Stres, açlık, fiziksel yorgunluk, uykusuzluk, menstruasyon, alkol alımı veya belirli yiyecekler, yüz yıkama, traş olma, makyaj yapma, konuşma, yemek yeme, vb.).
- Dindirici faktörler (Uyumak, bir şeyler yemek, sürekli hareket etmek, vb.).
- Eşlik eden veya öncü belirtiler (Bulantı ve/veya kusma, fotofobi/fonofobi, abdominal rahatsızlık hissi, iştahsızlık, kokulardan rahatsız olma, konsantrasyon güçlüğü, konuşurken sözcük bulma zorluğu, belirli yiyeceklere düşkünlük, sıvı retansiyonu, yanıp sönen ışık parlamaları, kırıklı çizgiler görme veya görme alanı bozuklukları, vb.)
- Aile öyküsü ve yaşamsal etkilenme
- Ağrı kesici ilaçlara yanıt

Alarm İşaretleri

Hastaya yaklaşımdaki ilk amaç, hastanın ağrısının hayatı tehlike oluşturabilecek bir durumabağlı olup olmadığını saptamaktır. Benzer karakterde olup bir yıldan uzun süredir devam eden, genç yaşlarda başlayan, aile öyküsü olan bireylerde bu durumun sekonder baş ağrısına bağlı olma olasılığı azalır. Aşağıda bahsedilen tehlike işaretlerinden en az bir tanesinin varlığı, ilgili uzmana sevkine ya da beyin görüntülemesi yapılmasını zorunlu kılar (1,2,4).

- Ağrının orta yaşın üzerinde başlaması
- Çok şiddetli olması
- Klinik durumda ilerleyici kötüleşme
- Ağrının ani veya yeni başlaması
- Ağrının fiziksel aktivite sırasında başlaması
- Ağrının özelliklerinde değişim olması
- Ortostatik baş ağrısı
- Açıklanamayan ateşle birlikte olan baş ağrısı
- Sistemik belirtilerle birlikte baş ağrısı
- Şiddetli hipertansiyonla birlikte baş ağrısı
- Sabah erken saatlerde pik yapan baş ağrısı
- Malign bir hastalık sürecinde yeni ortaya çıkan baş ağrısı
- AIDS hastasında yeni ortaya çıkan baş ağrısı
- Daima aynı tarafta olan baş ağrısı
- Gebelikte veya postpartum dönemde ortaya çıkan baş ağrısı
- Nörolojik bulgularla eş zamanlı baş ağrısı
- Travma ile zamansal ilişki içinde başlayan baş ağrısı
- Kafa içi basıncını arttıran durumlarda artan baş ağrısı
- Nedeni belirlenemeyen çocukluk çağı baş ağrıları
- Boyun fleksiyonunda ağrı varlığı

Sık Görülen Primer Baş Ağrıları ve Ayırıcı

Bulguları

- **Migren tanısında pratik yaklaşım:** Ortalama 4-72 saat süren ataklar halinde kendini gösteren, sıklıkla başın bir yarısına yerleşen, zonklayıcı nitelikte, orta-şiddetli derecede, günlük fiziksel aktiviteyle artış, bulantı ve/veya fotofobi ve fonofobi ile birliktelik gösteren.

Bir günde onlarca hasta görmek zorunda olan bir hekimin, sağlık kuruluşlarına başvurma yönünden birinci sırada yer alan migren tanısını atlamaması için önerilen "ID-Migren" testi, son 3 ay içinde baş ağrısı hastalara sorulan üç sorudan oluşur (Tablo II). Bu üç sorudan ikisine olumlu yanıt veren hastanın tanısı % 93 olasılıkla migrendir (4,7,8).

Tablo II. Birinci Basamakta Migren Tanısı İçin Kullanılabilecek ID-Migren testi

1. Baş ağrınız sırasında bulantı oldu mu?
2. Baş ağrınız işinizi, günlük aktivitelerinizi engelledi mi?
3. Baş ağrınız sırasında ışıktan rahatsız oldunuz mu?

- **Gerilim baş ağrısı tanısında pratik yaklaşım:** Gerilim baş ağrısı vakaları, primer baş ağrısı hastaları arasında sağlık kuruluşlarına başvuruda ikinci sıradadır. Hastaların günlük işlerini belirgin düzeyde etkilemeyen, genelde hafif, nadiren orta derecede, bilateral yerleşim gösteren, sıkıştırıcı veya basıcı nitelikte, genelde öğleden sonra veya akşam saatlerinde artan ağrıya eşlik eden fotofobi/fonofobi/bulantı/kusma gibi bulguların olmayışı ve genelde altta yatan stresör bir durumun varlığı, ağrının hemen hergün olması gerilim tipi baş ağrısında tanıyı destekler. Analezikler belirgin fayda sağlamaz(2,4,8).
- **Küme baş ağrısı tanısında pratik yaklaşım:** Küme baş ağrısı: orbital, supraorbital veya temporal alanlarda ve tek taraflı olan, 15-180 dakika süren, çok şiddetli derecede ağrı ile ağrı tarafında konjunktivada kanlanma, göz yaşarması, nazal konjesyon, burun akıntısı, alın ve yüzde terleme, miyozis, göz kapağında düşme veya göz kapağı ödemi gibi otonomik belirtilerin olduğu, küme döneminde günde 1- 8 defaya kadar değişen sıklıkta, yıl içerisinde belli dönemlerde ortaya çıkan nitelikte spesifik özellikler taşıyan bir kliniğe sahiptir. Oksijen inhalasyon tedavisinedramatik yanıt verir (2,4,8).
- **Paroksizmal hemikranya tanısında pratik yaklaşım:** Ağrının özellikleri ve eşlik eden belirti ve bulguların niteliği, küme baş ağrısındaki gibidir. Ancak paroksizmal hemikranya ağrıları daha kısa süreli olup, gün içerisinde çok daha sık tekrarlarla gelir. Kadınlarda görülme sıklığı yüksek olup, indometasine tam olarak yanıt vermesi tipiktir (2,4,8).

Sık Görülen Sekonder Baş Ağrıları ve Ayırıcı Bulguları

- **İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısında pratik yaklaşım:** Önceden baş ağrısı olan ve baş ağrısının başka bir nedene bağlanamadığı bir hastada, ayda 15 gün veya daha çok baş ağrısının olması, üç aydan uzun bir süre için, baş ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlardan (basit analjezikler, ergotamin veya triptanlar vb.) bir veya birden çoğunun düzenli olarak aşırı dozda ve sıklıkta kullanımına bağlı olarak ortaya çıkar. Hasta analjezik almadığı dönemlerde ağrısında artış olur ve önleyici tedavilere dirençlidirler (2,3,4,8).

- **Subaraknoid kanama baş ağrısı tanısında pratik yaklaşım:** Subaraknoid kanama baş ağrısı; tipik olarak ani başlangıçlı, yoğun ve dayanılmaz şiddette, sıklıkla başlangıçta unilateral olan, bulantı, kusma, bilinç bozukluğu, ense sertliği ve daha az sıklıkla ateş ve kardiyak ritim bozukluklarının eşlik ettiği bir ağrıdır. İlk 24 saatte kontrastsız beyin BT ya da daha geç dönemlerde flair MRG veya lomber ponksiyon ile tanı doğrulanır(2,3,4,8).

Baş Ağrısında Doğrular ve Yanlışlar

Bir çok konuda olduğu gibi baş ağrısı konusunda da günümüzde kulaktan dolma bilgiler, kişiden kişiye saptırılarak yapılan aktarmalar, vb. nedeniyle toplumda ve yeni yapılan çalışmalar ve yayımları takip edemeyen hekimler arasında bile doğru bilinen yanlışlar vardır. Tablo III.'de kısaca bu bilgilere yer verilmiştir (1,5,6,7,8).

Baş Ağrısı Hastasında Muayenede İpuçları

Her hastaya tam bir nörolojik ve fizik muayene yapılmalıdır. Ancak yeterli imkan ve vakit olmadığında dahi, en azından göz dibi, pupil ve ışık refleksi ile tansiyon değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır.

- Kan basıncı ölçümünde 180/120 mm-Hg ve üzeri tansiyon değerleri ağrı nedeni olabilir.
- Taban derisi yanıtlarında, derin tendon reflekslerinin alınmasında, duyu ya da kas gücünde iki taraf arasında patolojik farklılıklar olması, hastada yeni gelişmekte olan bir piramidal lezyonun, santral sinir sistemi yapabilecek herhangi bir durumunhabercisi olabilir.
- Palpasyonda genişlemiş, sertleşmiş, pulzasyonu azalmış süperfisyal temporal ve oksipital arterler dev hücreli arteriti akla getirir.
- Çene eklem hareketlerinin ağırlı olması, çene açıklığında kısıtlılık veya hareket sırasında eklem üzerinde klik sesi alınması çene eklem patolojileri ve buna bağlı yansıyan ağrı varlığını düşündürülebilir.
- Boyun ve gözlerin oskültasyonu aterosklerotik arteriyel hastalık, karotis diseksiyonu ve arteriyovenöz malformasyon olasılıkları hakkında fikir verebilir.
- Ani gelişen ense ağrısı tarifleyen hastada farenks-yutma refleksinde azalma ve diplopi varlığı vertebral arter diseksiyonuna işaret eder.
- Ense sertliğinin varlığı subaraknoid kanama veya menenjit tanılarını açısından yol gösterici olabilir.
- Pupil ödem ve/veya görme alanı bozuklukları; Posterior fossada yerleşmiş tümörlerin, intrakranyal kitle lezyonu, intracranial hipertansiyon ya da psödötümör sebreli kliniğini akla getirmelidir.
- Konjunktival hiperemi, konjesyon varlığı tektaraflı olduğundan genelde küme ağrısını işaret etsede, tek ya da çift taraflı olduğunda kavernoöz sinüz trombozu varlığı akla gelmelidir.

Tablo III. Baş ağrısında doğru bilinen yanlışlar

YANLIŞLAR	DOĞRULAR
Migren baş ağrısı daima tek taraflı olur.	1/3 oranında migren ağrısı bilateral yerleşim gösterir ve başın arka kısmında lokalize olabilir.
Migren kesin tedavisi olan bir hastalıktır.	Migren genetik yatkınlık olduğu bilinen, ancak halen patofizyolojisinde açıklanamayan noktalar olan ve hemen daima kişiyle yaşamı boyunca devam eden klinik bir tablodur.
Stres yaratan koşullar söz konusu ise tanı gerilim baş ağrısıdır.	Stres, migren hastalarında da birinci sırada yer alan bir tetik faktördür.
Çocuklarda baş ağrısı okul korkusu, dikkat çekme vb. nedenlerle olur.	Migren, gerilim tipi baş ağrısı, intrakranial kitle, meningoensefalit, kırma kusurları gibi tablolar çocukluk çağında baş ağrısı ile ortaya çıkabilir.
Psikiyatrik hastalıklarda sıklıkla baş ağrısı görülür.	Somatizasyon bozukluğuna bağlı baş ağrıları seyrek görülür, 30 yaşından önce başlaması, baş ağrısı dışında en az üç farklı yerde ağrı olması, ağrı dışında en az iki gastrointestinal belirti ve bir cinsel işlev bozukluğu belirtisi olması gerekir.
Gerilim tipi baş ağrısı psikiyatrik kökenli bir ağrıdır.	Migren ve gerilim baş ağrısı santral ve periferik sinir sisteminin birer hastalığıdır.
Alın ve göz çevresinde görülen baş ağrıları genelde sinüzit tablosuna bağlıdır.	Akut sinüzit tablosu baş ağrısına neden olabilir ve genellikle frontal ve maksiller sinüslerin üzerinde ağrı olur. Vertekste ve oksipital bölgede ağrı sadece bütün sinüzitlerin sadece % 3'ünü oluşturan sfenoid sinüzitte görülür.
Kırma kusurlarına bağlı baş ağrıları sıklıkla görülür ve sürekli dir.	Kırma kusurunun düzeltilmesinden sonra 7 gün içinde düzelir, hasta göyüandığında kesinlikle yoktur ve tanı genelde çocukluk çağında konur.

- Anizokori varlığı ve ışık refleksindeki bozulmalar, anevrizma basısı veya intrakranial bası etkisini gösteren önemli bulgulardır.
- Sürekli olan nazal berrak akıntı ve ayaktaki pozisyonlarda baş ağrısında artma varlığında rinore araştırılmalıdır.
- Horner sendromunun varlığı karotis diseksiyonunu gösterebilir.
- Primer baş ağrısı düşünülen hastada temporal, masseter, trapezius ve sternokleidomastoideus kaslarındaki palpasyonla kas duyarlılığı araştırılmalıdır(1,2,3,4,8).

Pratik Tedavi Yaklaşımları

- Migrende ve gerilim baş ağrısında; Düzenli, yeterli ve kaliteli uyku, düzenli beslenme, migren ataklarını başlatan yiyecek ve içeceklerden uzak durmaya çalışmak ve stresten uzak yaşam tarzı değişiklikleri bir çok hastada atakları azaltıcı etki gösterir.
- Hastaların ağrı ataklarını nasıl kontrol edeceklerine dair eğitim verilmelidir; akut atak ilaçlarının atağın olduğu kadar erken evresinde alınmasının önemi, analjeziklerden 15 dakika kadar önce metoklopramid almanın, sonrasında alınacak olan ilacın etkinliğini artırıcı yönde etkisi olduğu, aşırı analjezik ve atak ilaçlarının kullanımından kaçınılması gerektiği bilgisi verilmelidir.
- Periferik ve santral sensitizasyon gelişmiş migren hastalarında triptanlar etkisiz olabilir. Bu durumda ilgili branş uzmanı tarafından detoksifikasyon tedavileri uygulanabilir.
- Önleyici tedavi için önerilen ilacın, yan etki sürecini kontrol etmek amacıyla küçük dozlarda başlandıktan sonra giderek artırılması temel ilkedir. Aynı şekilde, atakların

- geri gelmesini önlemek için, tedavi sonlandırılırken de kademeli azaltma yapılarak ilaç kesilmelidir.
- Sık ve şiddetli atakları olan, auralı migren ya da ilaç aşırısı kullanımı baş ağrısı tanısı alan hastalarda profilaktik tedavide antikonvülzanlar sıklıkla kullanılır. Uygun ilaç kararı hastanın özellikleri göz önünde bulundurularak verilmelidir; Kilolu bir hastada topiramet, zayıf ve uyku bozukluğu olan bir hastada amitriptilin, ılımlı hipertansiyonu olan bir hastada propranolol, böbrek patolojisi olan hastada valproik asit tercih edilebilir.
- Profilaksi tedavi süresi uygun ajanla en az 6 ay olmak üzere, hastanın klinik gidişine göre belirlenir.
- Flunarizin tedavisinin 4 aydan uzun süreli kullanımında depresyon ve parkinsonizm eğilimi oluşturabileceği akılda tutulmalıdır.
- Gerilim baş ağrısında paramedikal tedavi yöntemleri olarak akupunktur, masaj ve meditasyon gibi teknikler denenilebilir.
- Küme baş ağrısının atak tedavisinde maske ile 20 dakika süreyle, 7-12 L/dk akım hızında oksijen verilmesi olguların % 70'inde etkilidir. Dirençli olgularda sumatriptan enjeksiyonu, intranazal lidokain uygulanabilir.
- Küme ağrısının önleyici tedavisinde verapamil ilk tercih ilacıdır. Atriyoventriküler blok yan etkisi olduğu için verapamil doz artışı mutlaka EKG kontrolü ile yapılmalıdır. Diğer seçenekler arasında lityum, valproat, topiramet veya melatonin, kısa süreli önleyici tedavide ise prednisolon kullanılabilir.
- Kronik günlük baş ağrısı tanısı alan ancak tedaviye yeterli yanıt alınamayan olgularda, altta yatması

olası bir ilaç aşırı kullanım baş ağrısı mutlaka sorgulanmalıdır. Çünkü hastalar için ilaç deyince akla öncelikle antibiyotikler, antihipertansifler, antidepresifler, kalp hastalığında kullanılan ilaçlargeldiğinden ve reçetesiz alabildikleri çok ucuz ilaçları sürekli tükettiklerinden hekime söylemeye gerek duymayabilirler(1,2,3,4,8).

Kaynaklar

1. Özbenli T, Tilki HE, Şahin HA, Aydın K, Türker H, Bayrak AO, Tanyel E. Ve Ark. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Baş Ağrısı Klinik Çalışma Rehberi, Samsun, 2014-2015
2. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Klinik uygulamada baş ağrısı. Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2004.
3. Nöroloji. Editör: Emre Öge. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004.
4. Nörolojide yeni ufuklar- Baş ağrıları. Editör: Levent Ertuğrul İnan. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2011.
5. Öner N, Güncan Ö, Yolsal GE, Adolesan ve Çocuklarda Baş Ağrıları, 2003; 12: 8: 298.
6. Lewis DW. Headaches in children and adolescents. Am Fam Physician 2002;65:625-32.
7. Yücel Y. Migren Baş Ağrısında Tamı Ve Tedavi Yaklaşımları, Dicle Tıp Dergisi, 2008;35: 4:281-286.
8. Martelletti P, Jensen RH, Antal A, Arcioni R, Brighina F, Tommaso M, Franzini A. et.al. Neuromodulation of chronic headaches: position statement from the European Headache FederationThe Journal of Headache and Pain 2013, 14:86, 1-16