



BAŞ AĞRISI



Dr. Hüseyin Aygün
Dr. Mehtap Bulut

PRİMER BAŞ AĞRISI SENDROMLARI

A. Migren Tipik olarak baş ağrısı tek taraflı, zonklayıcıdır. 4-72 saat sürer ve fizik aktivite ile kötüleşir. Sıklıkla bulantı, kusma ve fotofobi, fonofobi eşlik eder. Ancak bu özellikler migren için tamamen duyarlı ve özgül değildir. Aura migren baş ağrılarının %20'sinde görülür. Görsel auralar, en sık karşılaşılanlardır, genellikle titreşen skotomlar, ışık çakmaları, hemianopsi veya halüsinasyonlar şeklinde olabilmektedir.

Tedavi: Birçok tedavi seçenekleri var ancak günümüzde uygun tedavi ile ilgili görüş birliği yoktur. Migren tedavisi saate karşı bir yarışır. Çünkü tedavide ne kadar gecikme olursa, uygulanan ilaçlar o kadar az etki edecektir. Acil serviste tedavi seçenekleri olarak basit analjezikler (asetaminofen, NSAİİ), antiemetikler (metoklopramid 10 mg iv) ve migren spesifik ilaçlar (sumatriptan 6 mg sc) kullanılabilir. Migren spesifik ilaçlar özellikle şiddetli veya diğer tedaviye yanıtız hastalarda tercih edilmelidir.

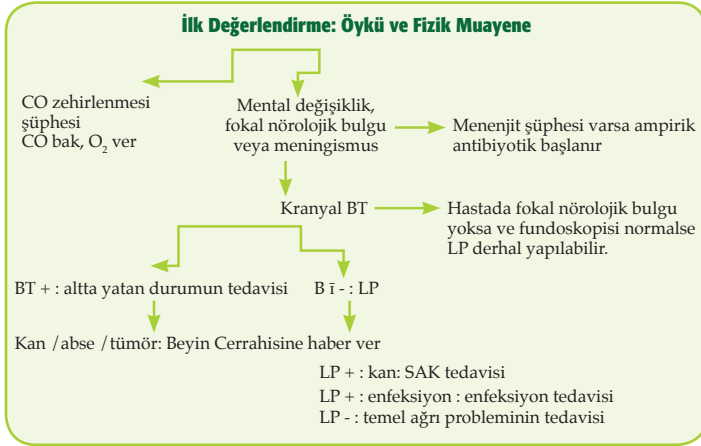
Metoklopramid, gebelikte akut migren tedavisinde en uygun parenteral ilaçtır. Hasta acil servise gelmeden önce saatler veya günlerce kusmuş ve oral alımı bozulmuş olabileceğinden intravenöz rehidratasyon sıklıkla gereklidir.

B. Gerilim Tipi Baş Ağrısı En sık birincil baş ağrısı nedenidir. Uluslararası Baş ağrısı Derneğine göre şu kriterlerden en az iki tanesinin olması varlığında gerilim tipi baş ağrısı tanısı konur; ağrının bilateral ve hafif-orta şiddetli karakterde olması, baskı yapıcı veya sıkıştırıcı ağrı olması, fiziksel aktivite ile kötüleşmemesi ve fronto-okspital lokalizasyonda olması. Bulantı/kusma, fotofobi veya fonofobi eşlik etmez. Süresi 30 dakika-7 gün arasındadır. Hafif tip gerilim baş ağrısında basit analjezikler veya NSAİ kullanılır. Şiddetli baş ağrısında ise tedavi migrenle aynı şekildedir.

C. Küme (Cluster) Tip Baş Ağrıları Diğer primer baş ağrılarından farklı olarak erkeklerde daha yaygındır ve başlangıcı 20 yaş civarındır. Tek taraflı, 15-180 dakika süren, orbital, supraorbital ve temporal bölgede çok şiddetli ağrı ile karakterizedir. Ağrı nedeniyle hastalar yerinde duramaz, ajitedirler. Ani başlayıp ani biten ağrıya ek olarak o taraf gözde hiperemi, pitozis, lakrimasyon, rinore, nazal konjesyon, alın ve yüzde terleme şeklinde klinik tablo ile karakterizedir. Maskeyle 15-20 dakika 7-10 L/dk oksijen tedavisi sıklıkla gerekir, %70 hastada etkili bulunmuştur. Ayrıca DHE ve sumatriptanın (6 mg s.c) da hızlı etkili olduğu gösterilmiştir.

Tanısal Yöntemler BT ve LP: Yeni nörolojik bulgusu (fokal nörolojik bulgu, değişken mental durum ve kognitif fonksiyonlarda bozulma) olan hastalar; yeni,

ani başlangıçlı, şiddetli baş ağrısı olan hastalar ve yeni başlangıçlı baş ağrısı şikayeti olan HIV pozitif hastalara kontrastsız kraniyal BT istenmelidir. Ayrıca 50 yaş üstünde yeni başlangıçlı baş ağrısı olan ve nörolojik muayenesi normal hastalara da BT çekilmesi düşünülebilir. Acil servise yeni başlangıçlı, şiddetli baş ağrısı şikayetiyle başvuran ve kontrastsız BT’de patoloji saptanmayan tüm hastalara SAK’ı dışlamak için rutin olarak LP yapılmalıdır. Menenjit şüphesi olan hastalara da LP yapılır, ancak intravenöz antibiyotik uygulamasını geciktirmemelidir. Ani başlangıçlı, ciddi baş ağrısı olan hastada, BT normal, LP açılış basıncı normal, BOS laboratuvar normal ise ileri görüntülemeye gerek yoktur. Acilden taburcu edilip takipleri yapılabilir.



Kaynaklar

1. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL and Decker WW. "Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Headache" From the American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Headache, Ann Emerg Med. 2008;52(4):407-436.
2. Harrigan M, Felix ACG. Headache. In: Tintinalli JE, ed. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 8th edition. New York: McGraw Hill;2016:1131-1137
3. Swadron SP. Pitfalls in themanagement of headache in the emergency department. Emerg Med Clin North Am 2010; 28:127147
4. Cutrer FM, Wippold II FJ, Edlow JA. Evaluation of the adult with nontraumatic headache in the emergency department. This topic last updated: Sep 27, 2019. www.uptodate.com
5. Blanda M, Dafer RM. Headache, cluster. Updated Jan 12, 2017. <http://emedicine.medscape.com/article/1142459-overview>
6. Edlow JA. Managing Patients With Nontraumatic, Severe, Rapid-Onset Headache. Ann Emerg Med 2018; 71:400-408
7. Gladstein J. Headache. Med Clin N Am. 2006;90:275-290.
8. Tabatabai RR, Swadron SP. Headache in the Emergency Department Avoiding Misdiagnosis of Dangerous Secondary Causes. Emerg Med Clin N Am 34 (2016) 695-716
9. Zarifoğlu M. Akut Baş ağrıları. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;37:80-83.
10. Kwiatkowski T, Alagappan K. Headache. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, eds. Rosen's emergency medicine. Concepts and clinical practice. 7th ed. Mosby. 2010:1356-1378
11. Trainor A, Miner J. Pain treatment and relief among patients with primary headache subtypes in the ED. Am J Emerg Med. 2008;26:1029-1034.
12. Baş ağrısı tanı ve tedavi rehberi 2011 güncellenmiş şekli. Editör: Doç. Dr. A. Kemal Erdemoğlu. Baş ağrısı Çalışma Grubu, Türk Nöroloji Derneği 2011;4-51.