

# BÖLÜM

# 37

## BAŞ AĞRILARI

Medine ÇETİN ERDEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Baş ağrısı, nöroloji polikliniklerine olduğu kadar, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sebepleri arasında en yaygın görülen şikayetlerden birisidir (1). Bireylerin verimliliğini düşüren, yaşam kalitesini ciddi anlamda azaltan, sosyal ilişkilerini etkileyen, ekonomik yük oluşturan baş ağrılarının oldukça geniş sınıflandırması mevcuttur. Fizyolojik olarak çok çeşitli mekanizmaları olsa da, özet olarak ekstrakraniyal (baş, boyun, yüz ve nazal bölge) ve intrakraniyal (duramater, piamater, arachnoidmater, intrakraniyal arterler, kraniyal sinirler) bölgelerde ağrıya duyarlı yapılarda oluşan duyuşsal inputlar sinirler aracılığıyla iletilerek beyinde belirli bölgelerde cevap oluşmakta ve baş ağrısı meydana gelmektedir.

### SINIFLANDIRMA

Uluslararası Başağrısı Topluluğu (ICHD-3)'nun sınıflandırması ana başlıkları ile şu şekildedir:

#### A Primer baş ağrıları

1. Migren
  - a. Aurasız migren
  - b. Auralı migren
  - c. Kronik migren

2. Gerilim tipi baş ağrısı
  3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
    - a. Küme baş ağrısı
    - b. Paroksizmal hemikraniya
    - c. Hemikrania kontünua
    - d. Konjonktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek taraflı nöraljiform başağrısı (SUNCT)
    - e. Olası trigeminal otonomik sefaljiler
  4. Diğer primer baş ağrısı sendromları
- #### B. Sekonder baş ağrıları
1. Baş ve boyun travmasına bağlı baş ağrısı
  2. Kranial/servikal damarsal bozukluklara bağlı baş ağrısı
  3. Damarsal olmayan intrakranial bozukluklara bağlı baş ağrıları
  4. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı
  5. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
  6. Homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrısı
  7. Kraniyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, ağız ya da diğer yüz veya kraniyal yapıların bozukluklarına bağlı başağrısı ya da yüz ağrısı
  8. Psikiyatrik bozukluklara bağlı başağrısı

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, cetinmedine@gmail.com

ğunlaşılabilir. Son üç ay içinde, baş ağrılarınızla birlikte aşağıdakileri yaşadınız mı?

- Fotofobi – Işık sizi rahatsız etti mi (baş ağrınız olmadığında olduğundan çok daha fazla)?
- Yetersizlik – Baş ağrılarınız çalışma, ders çalışma veya en az bir gün boyunca yapmanız gerekenleri yapma becerinizi sınırladı mı?
- Bulantı – Mide bulantısı hissettiniz mi?

Yine birinci basamakta baş ağrılı hasta ile ilk karşılaşmada sorulabilecek pratik dört soru aşağıdaki gibidir:

- Ne sıklıkla şiddetli baş ağrınız oluyor (yani tedavi olmadan günlük işlerinizi yapmak zor oluyor)?
- Başka (daha hafif) baş ağrılarınız ne sıklıkla oluyor?
- Ne sıklıkla baş ağrısı giderici veya ağrı kesici alıyorsunuz?
- Baş ağrılarınızda son zamanlarda herhangi bir değişiklik oldu mu?

Bu sorularla ağrının sıklığına görece fazla ilaç kullanan hastalar belirlenebilir. Son soru da sekonder baş ağrısından şüphelenmede faydalıdır. Altı ay boyunca sabit bir baş ağrısı paterni olan bir hastanın ciddi bir altta yatan nedeni olması muhtemel değildir.

*Tehlike işaretleri;* birinci basamakta tespit edildiğinde ileri değerlendirme ve görüntüleme için sevk gerektirdiğinden sorgulanması önemlidir. Baş ağrısında “kırmızı bayraklar” aşağıdaki gibidir (45):

- Ateş dahil sistemik semptomlar
- Neoplazm öyküsü
- Nörolojik defisit (bilinç kaybı dahil)
- Ani başlangıç
- İleri yaş (50 yaşından sonra başlayan ağrı)
- Desen değişikliği veya yakın zamanda ortaya çıkan yeni baş ağrısı

- Pozisyonel baş ağrısı
- Hapşırma, öksürme veya egzersiz ile ortaya çıkan ağrı
- Papilödem
- İlerleyici baş ağrısı ve atipik durumlar
- Hamilelik veya lohusalık
- Otonomik özelliklere sahip ağrılı göz
- Travma sonrası başlayan baş ağrısı
- HIV gibi bağışıklık sistemi patolojisi
- Ağrı kesici (analjezik) aşırı kullanımı (örneğin, aşırı ilaç kullanımı baş ağrısı)

Birinci basamak hekimlerinin hastayı uzun süredir takip edip yaşadığı çevre ve ailesiyle beraber değerlendirme şansı olduğundan baş ağrısı ile gelen hastada ayırıcı tanı yapması, önceki ağrılarıyla karşılaştırıp ciddi durumları erken fark edip sevk etmesi daha kolaydır. Ayrıca biyopsikososyal yaklaşımla hastayı bütüncül değerlendirdiğinden dolayı stres, uyku düzensizliği gibi baş ağrılarını tetikleyebilecek durumları yaşam tarzı değişikliği önerileri ile daha hızlı düzenleyebilir, bunun sonucu olarak da baş ağrılarının oluşumunu azaltabilir. Ayrıca sevk ettiği hastayı yakından takip ederek hastane yükünü de azaltabilir.

## KAYNAKLAR

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163-2196.
2. Charles A. Advances in the basic and clinical science of migraine. *Ann Neurol* 2009; 65:491.
3. Ashina M, Katsarava Z, Do TP, et al. Migraine: epidemiology and systems of care. *Lancet* 2021; 397:1485.
4. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41:646.

5. Siva A. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi; Baş, boyun, bel ağrıları. 1. Basım. Deomed Yayıncılık, İstanbul 2002;9-14
6. Kelman L. The premonitory symptoms (prodrome): a tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache* 2004; 44:865.
7. Hansen JM, Lipton RB, Dodick DW, et al. Migraine headache is present in the aura phase: a prospective study. *Neurology* 2012; 79:2044.
8. Quintela E, Castillo J, Muñoz P, Pascual J. Premonitory and resolution symptoms in migraine: a prospective study in 100 unselected patients. *Cephalalgia* 2006; 26:1051.
9. Martin VT, Behbehani MM. Toward a rational understanding of migraine trigger factors. *Med Clin North Am* 2001; 85:911.
10. Cevoli S, Giannini G, Favoni V, et al. Migraine and sleep disorders. *Neurol Sci* 2012; 33 Suppl 1:S43.
11. Bigal ME, Tsang A, Loder E, et al. Body mass index and episodic headaches: a population-based study. *Arch Intern Med* 2007; 167:1964.
12. Burstein R, Yarnitsky D, Goor-Aryeh I, et al. An association between migraine and cutaneous allodynia. *Ann Neurol* 2000; 47:614.
13. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, et al. Migrainous vertigo: prevalence and impact on quality of life. *Neurology* 2006; 67:1028.
14. Formeister EJ, Rizk HG, Kohn MA, Sharon JD. The Epidemiology of Vestibular Migraine: A Population-based Survey Study. *Otol Neurotol* 2018; 39:1037.
15. Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Migrainous vertigo: development of a pathogenetic model and structured diagnostic interview. *Curr Opin Neurol* 2003; 16:5.
16. Huang TC, Wang SJ, Kheradmand A. Vestibular migraine: An update on current understanding and future directions. *Cephalalgia* 2020; 40:107.
17. Cohen JM, Bigal ME, Newman LC. Migraine and vestibular symptoms--identifying clinical features that predict "vestibular migraine". *Headache* 2011; 51:1393.
18. Thomsen LL, Olesen J. Sporadic hemiplegic migraine. *Cephalalgia* 2004; 24:1016.
19. Sturzenegger MH, Meienberg O. Basilar artery migraine: a follow-up study of 82 cases. *Headache* 1985; 25:408.
20. Natoli JL, Manack A, Dean B, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* 2010; 30:599.
21. Lipton RB, Fanning KM, Buse DC, et al. Migraine progression in subgroups of migraine based on comorbidities: Results of the CaMEO Study. *Neurology* 2019; 93:e2224.
22. Scher AI, Midgette LA, Lipton RB. Risk factors for headache chronification. *Headache* 2008; 48:16.
23. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38:1.
24. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55:754.
25. Martelletti P, Birbeck GL, Katsarava Z, et al. The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. *J Headache Pain* 2013; 14:13.
26. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache* 2001; 41:554.
27. Karli N, Zarifoglu M, Calisir N, Akgoz S. Comparison of pre-headache phases and trigger factors of migraine and episodic tension-type headache: do they share similar clinical pathophysiology? *Cephalalgia* 2005; 25:444.
28. Russell MB, Levi N, Saltyte-Benth J, Fenger K. Tension-type headache in adolescents and adults: a population based study of 33,764 twins. *Eur J Epidemiol* 2006; 21:153.
29. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998; 279:381.
30. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008; 7:354.
31. May A, Schwedt TJ, Magis D, et al. Cluster headache. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4:18006.
32. Wilbrink LA, Louter MA, Teernstra OPM, et al. Allodynia in cluster headache. *Pain* 2017; 158:1113.
33. Rozen TD, Fishman RS. Cluster headache in the United States of America: demographics, clinical characteristics, triggers, suicidality, and personal burden. *Headache* 2012; 52:99.
34. Drummond PD. Mechanisms of autonomic disturbance in the face during and between attacks of cluster headache. *Cephalalgia* 2006; 26:633.
35. Russell MB. Epidemiology and genetics of cluster headache. *Lancet Neurol* 2004; 3:279.

36. Fischera M, Marziniak M, Gralow I, Evers S. The incidence and prevalence of cluster headache: a meta-analysis of population-based studies. *Cephalalgia* 2008; 28:614.
37. Rozen TD. Cluster Headache Clinical Phenotypes: Tobacco Nonexposed (Never Smoker and No Parental Secondary Smoke Exposure as a Child) versus Tobacco-Exposed: Results from the United States Cluster Headache Survey. *Headache* 2018; 58:688.
38. Rapoport AM, Sheftell FD, Baskin SM. Chronic paroxysmal hemicrania--case report of the second known definite occurrence in a male. *Cephalalgia* 1981; 1:67.
39. Cittadini E, Matharu MS, Goadsby PJ. Paroxysmal hemicrania: a prospective clinical study of 31 cases. *Brain* 2008; 131:1142.
40. Miner JR, Smith SW, Moore J, Biros M. Sumatriptan for the treatment of undifferentiated primary headaches in the ED. *Am J Emerg Med* 2007; 25:60.
41. Swadron SP. Pitfalls in the management of headache in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2010; 28:127.
42. Trainor A, Miner J. Pain treatment and relief among patients with primary headache subtypes in the ED. *Am J Emerg Med* 2008; 26:1029.
43. Nye BL, Ward TN. Clinic and Emergency Room Evaluation and Testing of Headache. *Headache* 2015; 55:1301.
44. Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. *Headache* 2003; 43:441.
45. Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology* 2019; 92:134.