



2. BÖLÜM

Baş Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım

Duran ÖZKAN¹

Baş ağrısı ile başvuran hasta değerlendirilirken öncelikle sekonder baş ağrısının ekarte edilmesi gereklidir. Bunu yaparken hastanın öyküsü genel tıbbi ve nörolojik muayenesi göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer şüpheli özellikler mevcutsa tanı için bazı testler gerekebilir. Sekonder baş ağrısı bozuklukları ekarte edildikten sonra yapılması gereken şey primer baş ağrısı bozukluğu tanısının doğru bir şekilde konmasıdır. Bir hastada birden fazla baş ağrısı varsa ayrı ayrı tanı konabilir. Türkiye de yapılan prevalans çalışmalarında migren sıklığı %16.4 iken gerilim tipi baş ağrısının sıklığı %31.7 olarak bildirilmiştir. Bu derecede sık görülen hastalıkların rastlantısal olarak başka hastalıklarla birlikte görülme ihtimali de yüksektir. Daha önce tanı konmuş bir primer baş ağrısı bozukluğu olan bir hasta yeniden baş ağrısı ile başvurduğu zaman bu baş ağrısının önceki ile uyumlu olup olmadığını anlamak için hastadan yeniden öyküsünü dinlemek ve nörolojik muayene yapmak gereklidir.

SINIFLANDIRMA

Tüm birincil baş ağrılarının yüzde 90'ı migren, gerilim tipi ve küme baş ağrısı dahil olmak üzere birkaç kategoriye girer. Toplum temelli çalışmalarda epizodik gerilim tipi baş ağrısı (TTH) en sık görülen baş ağrısı tipi iken, birinci basamak hekimlerine baş ağrısı ile başvuran hastalarda en sık görülen tanı migrendir.

¹ Arş.Gör Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD.,
drduran.ozkan@gmail.com

- Orbital, peri-orbital veya temporal bölgelerde ani ve keskin, keskin baş ağrısı atakları ile karakterize birincil bıçak saplayıcı baş ağrısı
- Kavram yanlışları — Birkaç yanlış anlama, baş ağrısının değerlendirilmesini ve teşhisini engelleyebilir.
- Sinüs baş ağrısına genellikle klinisyenler tarafından tanı konmasına ve hastalar tarafından kendi kendine teşhis edilmesine rağmen, akut veya kronik sinüzit, tekrarlayan baş ağrılarının nadir bir nedeni gibi görünmektedir ve sinüs baş ağrısı ile başvuran birçok hastada migren ortaya çıkmaktadır [36-38].
- Hastalar sıklıkla baş ağrısını göz yorgunluğuna bağlar. Bununla birlikte, gözlemsel bir çalışma, baş ağrılarının nadiren yalnızca kırma kusurundan kaynaklandığını ileri sürmüştür [45]. Bununla birlikte, görmeyi düzeltmek, baş ağrısı ve kırma kusuru olan bazı hastalarda baş ağrısı semptomlarını iyileştirebilir.
- Bazı hastalar baş ağrılarının nedeninin hipertansiyon olduğuna inanırlar. Hipertansif bir acil durumda bu doğru olabilirken, tipik migren veya TTH için muhtemelen doğru değildir. Örnek olarak, 40 ila 84 yaşları arasındaki 22.701 Amerikalı erkek doktorun Physicians' Health Study'den bir rapor, serebrovasküler hastalık için çeşitli risk faktörlerini analiz etti ve migren ve migren olmayan gruplarda hipertansiyon öyküsü olan erkeklerin yüzdesinde hiçbir fark bulamadı [46]. Ayrıca, Norveç'te 22.685 yetişkin üzerinde yapılan ileriye dönük bir çalışma, yüksek sistolik ve diyastolik kan basınçlarının aslında migren dışı baş ağrısı riskinin azalmasıyla ilişkili olduğunu bulmuştur [47].

KAYNAKLAR

1. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (IHS) Baş Ağrısı Sınıflandırma Komitesi (IHS) Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması, 3. baskı. Cephalalji 2018; 38:1.
2. Çu DE. İkincil Baş Ağrısı Sendromları. Süreklilik (Minneapolis Minn) 2018; 24:1179.
3. Bigal ME, Bordini CA, Özel JG. İki Brezilya birinci basamak ünitesinde baş ağrılarının etiyolojisi ve dağılımı. Baş ağrısı 2000; 40:241.
4. Nye BL, Ward TN. Klinik ve Acil Servis Baş Ağrısının Değerlendirilmesi ve Test Edilmesi. Baş ağrısı 2015; 55:1301.
5. Amerikan Acil Doktorlar Koleji.. Klinik politika: acil servise akut baş ağrısı ile başvuran hastaların değerlendirilmesi ve yönetiminde kritik konular. Ann Emerg Med 2002; 39:108.
6. Hainer BL, Matheson EM. Erişkinlerde akut baş ağrısına yaklaşım. Am Fam Physician 2013; 87:682.
7. Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migren teşhisi ve tedavisi: Amerikan Migren Çalışması II'nin sonuçları. Baş ağrısı 2001; 41:638.
8. Barbanti P, Fabbrini G, Pesare M, et al. Migrende tek taraflı kranial otonomik semptomlar. Cephalalji 2002; 22:256.

9. Cady RK, Schreiber CP. Sinüs baş ağrısı: klinik bir bilmece. *Otolaryngol Kliniği Kuzey Am* 2004; 37:267.
10. Rapoport AM, Bigal ME. ID-migren. *Neurol Sci* 2004; 25 Ek 3:S258.
11. Kuzenler G, Hijazze S, Van de Laar FA, Fahey T. ID Migren'in tanısal doğruluğu: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Baş ağrısı* 2011; 51:1140.
12. Maizels M, Burchette R. Birinci basamakta baş ağrısı olan hastaları taramak için hızlı ve hassas paradigma. *Baş ağrısı* 2003; 43:441.
13. Edmeads J. Baş ağrısının acil yönetimi. *Baş ağrısı* 1988; 28:675.
14. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, et al. Birincil baş ağrılarının sınıflandırılması. *Nöroloji* 2004; 63:427.
15. Lynch KM, Brett F. Öldüren baş ağrıları: ani ölüm vakalarında insidans, etiyoloji ve klinik özelliklerin retrospektif bir çalışması. *Cephalalji* 2012; 32:972.
16. Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Klinik uygulamada ikincil baş ağrıları için kırmızı ve turuncu bayraklar: SNNOOP10 listesi. *Nöroloji* 2019; 92:134.
17. Prakash S, Rathore C, Makwana P, Dave A. Yan Kilitli Tek Taraflı Baş Ağrısı ve Yüz Ağrısı Olan Hastalarda Kesitsel Klinik Tabanlı Bir Çalışma. *Baş ağrısı* 2016; 56:183.
18. Shindler KS, Sankar PS, Volpe NJ, Piltz-Seymour JR. Subakut açi kapanması glokomunun başlangıç belirtisi olarak aralıklı baş ağrıları. *Nöroloji* 2005; 65:757.
19. Kranz PG, Tanpitukpongse TP, Choudhury KR, et al. Spontan intrakraniyal hipotansiyonda normal beyin omurilik sıvısı basıncı ne kadar yaygındır? *Cephalalji* 2015.
20. Lyrrer PA, Brandt T, Metso TM, et al. Horner sendromunun iç karotis ve vertebral arter diseksiyonunda klinik önemi. *Nöroloji* 2014; 82:1653.
21. Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Spontan internal karotis ve vertebral arter diseksiyonlarında baş ağrısı ve boyun ağrısı. *Nöroloji* 1995; 45:1517.
22. Silberstein SD, Rosenberg J. Baş ağrısının tanı ve tedavisi konusunda çok uzmanlıklı fikir birliği. *Nöroloji* 2000; 54:1553.
23. Goadsby PJ. Baş ağrısında taramak ya da taramamak. *BMJ* 2004; 329:469.
24. Uygulama parametresi: Normal nörolojik muayenesi olan hastalarda baş ağrısının değerlendirilmesinde nörogörüntülemenin faydası (özet ifade). *Amerikan Nöroloji Akademisi Kalite Standartları Alt Komitesi Raporu*. *Nöroloji* 1994; 44:1353.
25. Morris Z, Whiteley WN, Longstreth WT Jr, et al. Beyin manyetik rezonans görüntülemeye tesadüfi bulgular: sistematik inceleme ve meta-analiz. *BMJ* 2009; 339:b3016.
26. Vernooij MW, Ikram MA, Tanghe HL, et al. Genel popülasyonda beyin MRG'sinde rastlantısal bulgular. *N Engl J Med* 2007; 357:1821.
27. Honningsvåg LM, Hagen K, Håberg A, et al. Kafa içi anormallikler ve baş ağrısı: Nüfusa dayalı bir görüntüleme çalışması (HUNT MRI). *Cephalalji* 2016; 36:113.
28. Kronik veya tekrarlayan baş ağrısının değerlendirilmesinde Tsushima Y, Endo K. MR görüntüleme. *Radyoloji* 2005; 235:575.
29. Siz JJ, Gladstone J, Symons S, et al. Baş ağrısı için bilgisayarlı tomografi taramalarından sonra bakım modelleri ve sonuçları. *Ben J Med* 2011; 124:58.
30. Dumas MD, Pexman JH, Kreeft JH. Kronik baş ağrısı olan hastaların bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesi. *CMAJ* 1994; 151:1447.
31. Douglas AC, Wippold FJ 2., Broderick DF, et al. ACR Uygunluk Kriterleri Baş Ağrısı. *J Am Coll Radiol* 2014; 11:657.
32. Dodick DW. İnciler: baş ağrısı. *Semin Nörol* 2010; 30:74.
33. Loder E, Weizenbaum E, Frishberg B, et al. Baş ağrısı tıbbında akılcıca seçim yapmak: Amerikan Baş Ağrısı Derneği'nin doktorların ve hastaların sorgulaması gereken beş şey listesi. *Baş ağrısı* 2013; 53:1651.
34. Amerika Radyoloji Koleji. ACR Uygunluk Kriterleri. <https://acsearch.acr.org/list> (Erişim tarihi: 13 Kasım 2017).

35. Hale N, Paauw DS. Ayakta bakım ortamında baş ağrısının teşhisi ve tedavisi: tanı ve tedavide klasik sunumların ve yeni düşüncelerin gözden geçirilmesi. *Med Clin Kuzey Am* 2014; 98:505.
36. Cady RK, Schreiber CP. Sinüs baş ağrısı mı migren mi? Ayırıcı tanıda dikkat edilecek hususlar. *Nöroloji* 2002; 58:S10.
37. Mehle ME. Rinojenik baş ağrısı hakkında ne biliyoruz? Kulak burun boğaz uzmanının meydan okuması. *Otolaryngol Kliniği Kuzey Am* 2014; 47:255.
38. Eross E, Dodick D, Eross M. Sinüs, Alerji ve Migren Çalışması (SAMS). *Baş ağrısı* 2007; 47:213.
39. Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, et al. Kendi bildirdiği veya doktor tarafından teşhis edilen "sinüs" baş ağrısı öyküsü olan hastalarda migren prevalansı. *Arch Intern Med* 2004; 164:1769.
40. Cady RK, Dodick DW, Levine HL, et al. Sinüs baş ağrısı: bir nöroloji, kulak burun boğaz, alerji ve birinci basamakta tanı ve tedavi konusunda fikir birliği. *Mayo Clin Proc* 2005; 80:908.
41. Tarabichi M. Sinüs ile ilgili ağrının özellikleri. *Otolaryngol Baş Boyun Cerrahisi* 2000; 122:842.
42. Levine HL, Setzen M, Cady RK, et al. Sinüs baş ağrısının tanı ve tedavisi konusunda kulak burun boğaz, nöroloji, alerji ve birinci basamakta fikir birliği. *Otolaryngol Baş Boyun Cerrahisi* 2006; 134:516.
43. Marmura MJ, Silberstein SD. Nazal ve paranazal sinüs hastalığının neden olduğu baş ağrıları. *Nörol Kliniği* 2014; 32:507.
44. Frishberg BM. Nörolojik muayenesi normal olan hastalarda baş ağrısının değerlendirilmesinde nörogörüntülemenin faydası. *Nöroloji* 1994; 44:1191.
45. Gil-Gouveia R, Martins IP. Kırılma kusurlarıyla ilişkili baş ağrıları: efsane mi gerçek mi? *Baş ağrısı* 2002; 42:256.
46. Buring JE, Hebert P, Romero J, et al. Physicians' Health Study'de migren ve müteakip inme riski. *Arch Neurol* 1995; 52:129.
47. Hagen K, Stovner LJ, Vatten L, et al. Kan basıncı ve baş ağrısı riski: Norveç'te 22.685 yetişkin üzerinde ileriye dönük bir çalışma. *J Neurol Neurosurg Psikiyatrisi* 2002; 72:463.