Bölüm
75

# AİLE HEKİMLİĞİNDE BAŞAĞRISI YÖNETİMİ

**UZM. DR. ARİFE ERDOĞAN[1]**

## GİRİŞ

Başağrısı dünya çapında en sık görülen yakınmalardan birisidir. Hayatı boyunca en az bir kez başağrısı yaşayan kişi oranı kadınlarda %99, erkeklerde %93 ve genel popülasyonda %90'ın üzerindedir (1).

En sık görülen baş ağrısı türleri, yetişkin nüfusunun yaklaşık yüzde 40, 10 ve yüzde 1'ini etkileyen gerilim tipi baş ağrısı, migren ve küme baş ağrısıdır (2). Çoğu baş ağrısının teşhisi tamamen hastanın anamnezine dayanır. Fizik muayene ise tanıya nadiren ipucu verir (3). Başağrısı olan hastaları değerlendiren hekimler için, durumun iyi huylu olup olmadığını veya tehlikeli nörolojik ya da sistemik patolojiyi gösterip göstermediğini belirlemek önemlidir.

Uluslararası başağrısı topluluğunun son klasifikasyonu olan "The International Classification of Headache Disorders 3rd edition" (ICHD-3) klinik fikir birliğine dayanarak, başağrısı tanılarında standardizasyonu ve tanıya doğru yaklaşımı anlatmayı hedeflemiştir.

Uluslararası Başağrısı Topluluğu'nun ICHD-3 sınıflandırması; baş ağrılarını primer ve sekonder başağrısı olarak iki gruba ayırmaktadır (3).

Primer Başağrıları; Santral sinir sistemi veya diğer sistemik hastalıklarla bağlantılı olmayan başağrılarıdır (Tablo 1).

Sekonder Başağrıları; Santral sinir sistemi veya sistemik patolojilere ikincil olarak ortaya çıkan başağrılarıdır (Tablo 1). Tanının hızlı koyulması ve tedavisinin yapılması yaşamsal önem taşır. Patolojinin ortadan kalkmasıyla başağrısının sonlanması gerekmektedir. Patolojinin ilerlemesi ise başağrısının tedaviye direncini ve şiddetini arttırır (4).

**Tablo 1: Uluslararası Başağrısı Topluluğu'nun ICHD-3 sınıflandırması**

| **Primer Başağrıları** | **Sekonder Başağrıları** |
|---|---|
| 1. Migren | 1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı başağrısı |
| 2. Gerilim tipi başağrısı | 2. Kraniyal veya servikal damarsal bozukluklara bağlı başağrısı |
| 3. Trigeminal otonomik başağrıları | 3. Damarsal olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı başağrıları |
| 4. Diğer primer başağrısı sendromları | 4. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı başağrısı |
| | 5. Enfeksiyona bağlı başağrısı |
| | 6. Homeostaz bozukluğuna bağlı başağrısı |
| | 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 |
| | 9. Ağrılı kraniyal nöropatiler, diğer yüz ağrıları ve diğer başağrıları |

[1] Izmir Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir, arife.erdogan@yahoo.com

- Servikal arter diseksiyonu → MRG, manyetik rezonans anjiyografi, BT anjiyografi, doppler ultrason, DSA
- Temporal arterit → C-reaktif protein, Sedimentasyon, doppler US, temporal arter biyopsisi
- Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları → MRG, EEG, LP, kan ve beyin omurilik sıvısı mikrobiyolojik tetkikleri
- Sinüzit → Waters grafisi, derin sinüsler için → BT

### Birinci basamak hekiminin başağrısını yönetimi

Sekonder başağrıları ve nadir görülen primer bağrılarını dışladığımız zaman, şiddetli migren yönetimi odak haline gelir. Akut tedavinin hedefi başlamış olan başağrısının süresinin ve şiddetinin azaltılması ve sonuç olarak sonlandırılmasıdır (ideali 2 saat sonunda tamamen sonlanmış olmalı) (27).

Genel bir yaklaşım olarak, hafif-orta şiddetli ataklarda non-steroidal anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) grubu gibi non-spesifik ve kolay erişilebilir olan ilaçlar, bunların etkili olmaması halinde ise triptanlar gibi patofizyolojiye daha spesifik ilaçlar tercih edilebilmelidir. Tedavide etkinliği kanıtlanmış NSAİİ grubu ilaçlar; asetilsalisilik asit, ibuprofen, naproksen, ketorolak ve diklofenaktır. Şiddetli ataklar için ise NSAİİ kullanılmadan direkt olarak triptanlar tercih edilebilir (28).

Akla gelmesi gereken önemli bir noktada, diğer belirti olan ve başağrısının kendisinden daha rahatsız edici olabilen bulantı ve kusmadır. Bulantının tedavi edilmesi iki yönden önemlidir. Birincisi, bulantı için kullanıllandığımız ajanların kendileri de migren atağının sonlanmasına bağımsız olarak yardımcı olabilir. İkincisi ise bulantı ve kusmanın giderilmesi, atak tedavisinde kullandığımız ilaçların farmakokinetiğini düzelterek tedavi etkinliğini artıracaktır. NSAİİ veya triptan grubu ilaçların yanına eklenen metoklopramid (10 mg) veya domperidon (10 mg) bulantıya semptomatik tedavide genellikle etkilidir. Domperidon kan-beyin bariyerini geçemediği için ekstrapiramidal yan etkilere neden olmaz, fakat etkinliği metoklopramide göre daha azardır. Metoklopramid aynı zamanda prokinetik etkisi ile triptan ve NSAİİ'lerin gastrointestinal sistemden emilimini artırarak tedavi etkinliğini yükseltmektedir (29,30).

Bir başka tercih edilen kombinasyon ajanı ise kafeindir. Kan-beyin bariyerini geçen adenozin reseptör antagonisti olan kafein, tek başına belirgin analjezik etki taşımaz. Bunun yanısıra beraber kullanıldığı analjeziklerin etkinliğini artırır. Gastrik pH'yı düşürüp asetilsalisilik asit, asetaminofen ve ibuprofenin emilimini artırır. Buna ek olarak gastrik motiliteyi artıran etkisinden dolayı pozitif farmakokinetik etkisi vardır. Kafeinli preparatların sık ve tekrarlayan kullanılmasıyla bağımlılık benzeri bir tablo ortaya çıkarabileceği ve kafein alınmayan zamanlarda başağrılarının geri gelebileceği (rebound) akılda tutulmalıdır (31,32).

## SONUÇ

Başağrısı en çok karşılaştığımız yakınmalardan birisisdir. Çoğu başağrısı tanısı tamamen hastanın anamnezine dayanmaktadır. Bunun için hastaların anamnezleri iyi dinlenmeli, ayırıcı tanıda kullanacağımız ayrıntılı noktalar iyi sorgulanmalıdır. Ayrıca ayrıntılı fizik muayeneye de özen gösterilmelidir.

Başağrılarının en yaygın nedeni migren olmasına rağmen, hastanın semptomları tamamen migren tarafından açıklanamıyor veya kırmızı bayrak belirtileri varsa, sekonder başağırısı nedenleri düşünülmeli ve hasta bunun için ileri bir merkeze yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Başağrısı, migren, sekonder bağrışı, kırmızı bayrak belirtileri

### Kaynakçalar:

1. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi; Başağrısı Özel Sayısı 2018;11-Sayı 1
2. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, et al. Diagnosis and treatment of headache, 11th ed. Institute for Clinical Systems Improvement. January 2013 https://www.icsi.org/_asset/qwrznq/Headache.pdf. Accessed March 17, 2013
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018;38:1-211.
4. Goldstein JN, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, Edlow JA. Headache in United States emergency departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses. Cephalalgia 2016;26(6):684–690
5. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA.

2006;296(10):1274-1283
6. Martin VT, Penzien DB, Houle TT, Andrew ME, Lofland KR. The predictive value of abbreviated migraine diagnostic criteria. Headache. 2005;45(9):1102-1112
7. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia. 2007;27(3):193-210.
8. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: 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
9. Rozen TD, Fishman RS. Cluster headache in the United States of America: demographics, clinical characteristics, triggers, suicidality, and personal burden. Headache. 2012;52(1):99-113.
10. Jürgens TP, Gaul C, Lindwurm A, et al. Impairment in episodic and chronic cluster headache [published correction appears in Cephalalgia. 2011;31(6):766]. Cephalalgia. 2011;31(6):671-82.
11. Baraff LJ, Byyny RL, Probst MA, Salamon N, Linetsky M, Mower WR. Prevalence of herniation and intracranial shift on cranial tomography in patients with subarachnoid hemorrhage and a normal neurologic examination. Acad Emerg Med. 2010;17(4):423-428
12. Mitsikostas DD, Ashina M, Craven A, et al. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders. J Headache Pain 2015;17:5. doi: 10.1186/s10194-016-0596-y.
13. Sandoe CH, Kingston W. Exercise Headache: a Review. Curr Neurol Neurosci Rep 2018;18:28. doi: 10.1007/s11910-018-0840-8.
14. Cordenier A, De Hertogh W, De Keyser J, Versijpt J. Headache associated with cough: a review. J Headache Pain 2013;14:42. doi: 10.1186/1129-2377-14-42.
15. Cutrer FM, Boes CJ: Cough, exertional, and sex headaches. Neurol Clin North Am 2004;22:133-149.
16. Valença MM, Valença PAA, Bordini CA, da Silva WF, Leite JP, Antunes-Rodrigues J et al. Cerebral vasospasm and headache during sexual intercourse and masturbatory orgasms. Headache 2004;44:244-248
17. www.ichd-3.org/other-primary-headache-disorders/4-5-cold-stimulus-headache/
18. www.ichd-3.org/other-primary-headache-disorders/4-6-external-pressure-headache/
19. Rahmani Z, Kochanek A, Astrup JJ, Poulsen JN, Gazerani P. Prevalence and pattern of helmet-induced headache among Danish military personnel. Scand J Pain 2017;16:183.
20. Hagler S, Ballaban-Gil K, Robbins MS. Primary stabbing headache in adults and pediatrics: a review. Curr Pain Headache Rep 2014;18:450.
21. Schwartz DP, Robbins MS, Grosberg BM. Nummuler headache update. Curr Pain Headache Rep 2013;17:340.
22. Holle D, Naegel S, Obermann M. Pathophysiology of hypnic headache. Cephalalgia 2014;34:806-812.
23. Nierenburg H, Newman LC. Update on New Daily Persistent Headache. Curr Treat Options Neurol 2016;18:25.
24. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, Silberstein SD, Olesen J. Classification of primary headaches. Neurology. 2004;63(3):427-435.
25. Ramchandren S, Cross BJ, Liebeskind DS. Emergent headaches during pregnancy: correlation between neurologic examination and neuroimaging. AJNR Am J Neuroradiol. 2007;28(6):1085-1087.
26. Clinch CR. Evaluation of acute headaches in adults. Am Fam Physician. 2001;63(4):685-692.
27. Ong JJY, de Felice M. Migraine Treatment: Current Acute Medications and Their Potential Mechanisms of Action. Neurotherapeutics 2017;1-17.
28. Tfelt-Hansen P, Pascual J, Ramadan N, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: Third edition. A guide for investigators. Cephalalgia 2012;32:6-38.
29. Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;CD008039
30. Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;CD008039
31. Lipton RB, Diener HC, Robbins MS, Garas SY, Patel K. Caffeine in the management of patients with headache. J Headache Pain 2017;18:107.
32. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: The american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. Headache 2015;55:3-20.