Bölüm
76

# BAŞ AĞRISINA ACİL YAKLAŞIM

**İrem YILDIRIM**[1]

## GİRİŞ

Baş ağrısı, acil servis başvurularının %3.1'ini oluşturmaktadır (1). Başvuruların bir çoğu primer baş ağrısından oluşsa da ilk değerlendirmede sekonder baş ağrısının primer baş ağrısından ayrımı oldukça önem taşımaktadır. Hayati tehlike arz eden baş ağrısı tipleri tespit edildiğinde geriye kalan primer baş ağrısı tedavisine odaklanmak kolaylaşmaktadır (1). Kırmızı bayrak semptomlu baş ağrılarının ayırt edilememesi kalıcı nörolojik defisit, görme fonksiyon kaybı ve ölüm gibi ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.

Primer baş ağrıları, toplam acil başvuru baş ağrılarının 2/3'ünden fazlasını, migren de bu grubun çoğunluğunu oluşturmaktadır (2). Primer baş ağrısı tedavisindeki asıl amaç, ağrı, bulantı-kusma semptomlarını azaltmaya çalışmak olmalıdır. Hastaların birçoğu acil servis başvurusundan önce en az bir ilaç kullanmaktadır (1).

Acil serviste baş ağrısı öyküsü alırken dikkat edilecek en önemli noktalardan biri özellikle sekonder nedenleri işaret eden kötüleşen ağrının başlangıç şeklidir. Ağrı ciddiyeti önemli olmakla birlikte acil servise başvuran hastaların çoğu yüksek ağrı yoğunluğu tarif edecektir. Bu yüzden "yaşadığı en kötü baş ağrısı" nı sorgulamak tam anlamıyla fayda sağlamayabilmektedir. Fokal nörolojik semptomlar özellikle arteriyel disseksiyon, intrakraniyal kitle veya vaskülit gibi nörolojik hastalıkları desteklemektedir (3).

Acil serviste alınan öykü ve fizik muayene baz alınan çalışmalarda hastaların %17'sine ileri görüntüleme yapılmakta, %2'sine ise lomber ponksiyon uygulanmaktadır (4). Nörolojik muayenenin normal olması malign patoloji saptanma riskini %2.4 oranında azaltmaktadır (4).

## ACİLDE BAŞ AĞRISI, RİSKLİ HASTAYI TANIMLAMAK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Acil doktorunun dikkat etmesi gereken, öyküsünde yüksek riskli özellikler, spesifik muayene bulguları olan hayati tehlike teşkil eden hasta gruplarıdır (Tablo 1).

Bunlardan en önemli grubu temsil eden ani başlangıçlı baş ağrıları, birkaç saniye veya dakika içerisinde ciddi ve sürekli bir hal alan yoğun baş ağrılarıdır ve acil ileri tetkik gerektirmektedir (5). Etyolojiler arasında subaraknoid hemoraji, reversibl serebral vazokonstrüksiyon sendromu, akut açık-açılı glokom, rüptüre olmamış serebral anevrizmalar, venöz sinüs trombozu, pituiter apopleksi ve hipertansif aciller yer almaktadır. Bu baş ağrısı ile karışabilecek primer baş ağrısı çeşitlerinden migren ve küme tipi baş ağrısı bazı özellikleri ile ayırt edilebilir. Migren genellikle hafif-orta ağrı seviyesinden şiddetli ağrı seviyesine 2-3 saat içinde çıkmakta, küme baş ağrısı ise 1-2 saatlik periyotlarla karakterize ve ipsilateral otonomik bulgular eşlik etmektedir.

[1] Uzman Dr. Kütahya Sağlık Bilimleri Ünüversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, iremkaftan@gmail.com

**Anahtar Kelimeler:** Baş Ağrısı, Acil, Migren, Hipertansiyon, Travma

## KAYNAKLAR


1. Rashed A, Mazer-Amirshahi M, Pourmand A. Current approach to undifferentiated headache management in the emeregency department. *Current pain and Headache Reports (2019) 23*:26.
2. Kapila AT, Sharma S, Lal V. (2019). Headache in the emergency. Mamta Bhushan Singh (Ed.), Rohit Bhatia (Ed.), *Emergencies in neurology* içinde (179-192), Byword Books: Springer.
3. Levin M. Approach to the workup and management of headache in the emergency department and impatient settings. *Semin Neurolog 2015; 35:* 667-674.
4. Filler L, Akhter M, Nimlos P. Evaluation and management of the emergency department headache, *Semin Neurolog 2019*; *39*:20-26.
5. Edlow JA. Managing patients with non traumatic, severe, rapid-onset Headache, *Ann Emerg Med 2018*; *71:*400.
6. Uptodate (2019) *Stupor and coma in adults* (https://www.uptodate.com/contents/stupor-and-coma-in-adults adresinden ulaşılmıştır)
7. Edlow JA, Caplan LR, O'Brien K. Diagnosis of acute neurological emergencies in pregnant and postpartum women. *Lancet Neurol 2013*; *12:*175.
8. Uptodate (2019) *Carbon monoxide poisoning* (https://www.uptodate.com/contents/carbon-monoxide-poisoning adresinden ulaşılmıştır)
9. Locker TE, Thompson C, Rylance J. The utility of clinical features in patients presenting with non traumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency deparment. *Headache 2006; 46*;954.
10. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. *J neur neurosurg pschiatry 1994: 57*:1255.
11. Zehtabchi S, Wright B. Does this emergency department patient with headache require neuroimaging? *Ann Emerg Med. 2008; 51:* 324–7.
12. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *New Eng Jour Med 2000;342:* 39–6.
13. Ducros A, Bousser MG. Thunderclap headache. *BMJ 2012;345:* e8557.
14. Uptodate (2019) *Evaluation of the adult with nontraumatic headache in the emergency department*. (https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-nontraumatic-headache-in-the-emergency-department adresinden ulaşılmıştır)
15. Cortelli P, Cevoli S, Nonino F. Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache 2004;44:* 587–95.