

20-23 NİSAN 2019



1 KONYA
AİLE HEKİMLİĞİ
ETKİNLİK DERNEĞİ
ULUSAL KONGRESİ



BİRİNCİ BASAMAKTA SEKONDER BAŞ AĞRILARINA YAKLAŞIM

Dr. Öğr. Üyesi Munise Yıldız



KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SUNUM PLANI

- * Sekonder baş ağrısı tanımı
- * Uluslararası Baş ağrısı Derneği Sınıflaması
- * Sık görölen sekonder baş ağrıları
- * Baş ağrısında anahtar noktalar
- * Hasta sevk endikasyonları

Sekonder Baş Ağrısı Tanımı

- * Santral sinir sistemini veya diğer sistemleri tutan hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkan baş ağrılarıdır.
- * Sekonder baş ağrılarının kendine özgü bir tipi yoktur.
- * Her tür primer baş ağrısını taklit edebilirler.
- * Hızlı tanı çoğu zaman yaşamsal önem taşır.

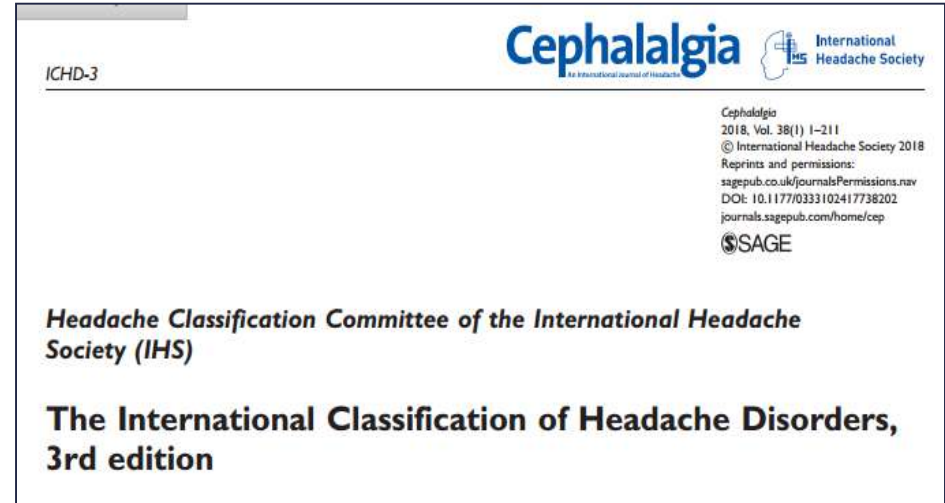
Sekonder Baş Ağrısı Tanımı

- * Baş ağrısının etyolojisi, sıklığı, şiddeti ve yaşamsal sonuçları çok büyük farklılıklar gösterebilir
- * Başarılı bir tedavinin ilk basamağı doğru ve özgül bir tanıdır.
- * Tanıyı kolaylaştırmak ve etyolojik yaklaşımla baş ağrısını daha iyi ele almak için baş ağrısı tiplerini sınıflamak esastır.



Baş ağrılarının sınıflandırılması

- * Uluslararası Baş ağrısı Derneği-**International Headache Society (IHS)**
- * 1988
- * 2004
- * 2013'de beta revizyonu
- * Ocak 2018



Uluslararası Başağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi Sekonder Başağrısı Bozuklukları

5. Baş ve/veya boyun travması ile ilişkili başağrısı

- 5.1. Travma sonrası akut başağrısı
- 5.2. Travma sonrası kronik başağrısı
- 5.3. Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan akut başağrısı (whiplash: ani ivmelenme/ yavaşlama travması)
- 5.4. Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan kronik başağrısı
- 5.5. Kranyotomi sonrası akut başağrısı
- 5.6. Kranyotomi sonrası kronik başağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018

Sınıflama Sistemi

Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

6. Kranyal ya da servikal damarsal hastalıklara bağlanan başağrısı
 - 6.1. İskemik inme ya da geçici iskemik atağa bağlanan başağrısı
 - 6.2. Travmatik olmayan kafa içi kanamaya bağlanan başağrısı
 - 6.3. Yırtılmamış damarsal malformasyona bağlanan başağrısı
 - 6.4. Arterite bağlanan başağrısı
 - 6.5. Karotis ya da vertebral arter ağrısı (diseksiyon ve girişim sonrası)
 - 6.6. Beyin ven trombozuna bağlanan başağrısı
 - 6.7. Diğer kafaiçi akut damarsal bozukluğa bağlanan başağrısı
 - 6.8. Genetik vaskülopatiyeye bağlanan başağrısı (CADASIL, MELAS vb)
 - 6.9. Pituitar apopleksiye bağlanan başağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

7. Damar-dışı kafaiçi hastalıklarla ilişkili başağrısı

- 7.1. Beyin omurilik sıvısı (BOS) basınç yüksekliğine bağlanan başağrısı
- 7.2. Düşük beyin omurilik sıvısı basıncına bağlanan başağrısı
- 7.3. İnfeksiyon olmayan inflamatuvar hastalığa bağlanan başağrısı (aseptik menenjit, HaNDL vb)
- 7.4. Kafaiçi neoplazmalara bağlanan başağrısı
- 7.5. İntratekal injeksiyonlara bağlı başağrısı
- 7.6. Epileptik nöbetlere bağlanan başağrısı
- 7.7. Chiari malformasyon tip 1'e bağlanan başağrısı
- 7.8. Diğer vasküler olmayan kafaiçi hastalıklara bağlanan başağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

8. Madde kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili başağrısı

- 8.1. Madde kullanımı veya maddeye maruziyet ile ilişkili başağrısı
- 8.2. İlaç aşırı kullanımı başağrısı (İAKB)
- 8.3. Madde kesilmesine bağlanan başağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018

Sınıflama Sistemi

Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

9. İnfeksiyona bağlanan başağrısı

9.1. Kafaiçi infeksiyona bağlanan başağrısı

9.2. Sistemik infeksiyona bağlanan başağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

10. Homeostaz bozukluğuna bağlanan başağrısı
 - 10.1. Hipoksi ve/veya hiperkapniye bağlanan başağrısı
 - 10.2. Diyaliz başağrısı
 - 10.3. Preeklampsi veya eklampsiye bağlanan başağrısı
 - 10.4. Hipotiroidizme bağlanan başağrısı
 - 10.5. Açlığa bağlanan başağrısı
 - 10.6. Kardiyak başağrısı
 - 10.7. Diğer homeostaz bozukluklarına bağlanan başağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

11. Kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapılarına bağlanan başağrısı veya yüz ağrısı

- 11.1. Kafa kemiği bozukluğuna bağlanan başağrısı
- 11.2. Boyun hastalıklarına bağlanan başağrısı
- 11.3. Göz bozukluğuna bağlanan başağrısı
- 11.4. Kulak bozukluğuna bağlanan başağrısı
- 11.5. Rinosinüzite bağlanan başağrısı
- 11.6. Dişler, çene veya ilişkili yapıların bozukluğuna bağlanan başağrısı
- 11.7. Temporomandibüler eklem hastalığına bağlanan başağrısı
- 11.8. Stilohiyoid ligamanın inflamasyonuna bağlanan başağrısı veya yüz ağrısı
- 11.9. Diğer kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapılarına bağlanan başağrısı veya yüz ağrısı

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları

12. Psikiyatrik hastalıklara bağlanan başağrısı (12.1 Somatizasyon bozukluğu ve 12.2 Psikotik bozukluğa bağlı)

İlk değerlendirme sırasında, sekonder baş ağrısı düşündüren öykü özellikleri



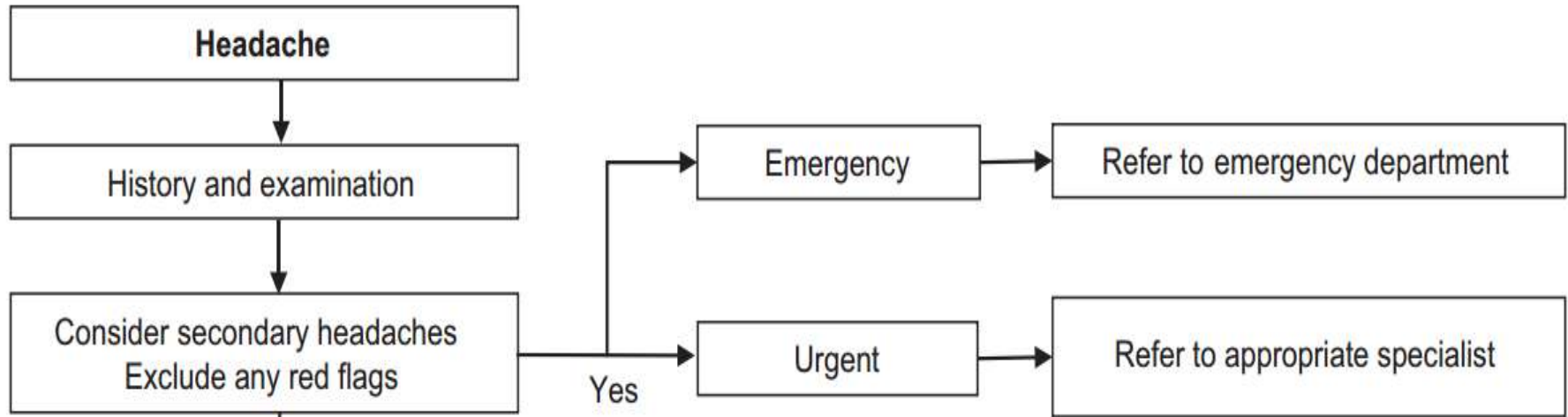
Yeni başlayan akut ve çok şiddetli baş ağrısı
Sıklığı veya şiddeti giderek artan baş ağrısı

- * Hastada mevcut malignite tanısı
- * Hastada mevcut sistemik hastalık tanısı
- * 10 yaşından önce, 50 yaşından sonra başlaması
- * Gebelik ve doğum sonrası ortaya çıkması
- * Özellikle çocuklarda oksipital yerleşim göstermesi
- * Fiziksel aktivite, ıkınma gibi veya öksürme gibi işlevler sırasında ortaya çıkan baş ağrısı
- * Postural özelliği (ayakta veya yatariken ortaya çıkması)
- * Dirençli kusmaların eşlik etmesi

Sekonder baş ağrısını düşündüren bulgular

- * Bilinç bozukluğu, senkop
- * Epileptik nöbet
- * Fokal nörolojik bulgu
- * Papilödem, subhyaloid hemoraji
- * Ateş, ense sertliği
- * Halsizlik
- * Kilo kaybı
- * Pupil tutulumunun eşlik ettiği 3. kranial sinir (KS) tutulumu
- * Horner sendromu
- * 5. ve 7. KS tutulumu

TEMEL YAKLAŞIM!!!



	Clinical feature(s)	Need to exclude
S	Systemic symptoms: fever, chills, myalgia, weight loss	Metastasis, infection
N	Neurological symptoms or deficits	Stroke, mass lesion, encephalitis
O	Older age at onset (> 50 years)	Temporal arteritis, glaucoma, mass lesion
O	Onset, thunderclap headache onset	Bleed
P	Papilloedema	Raised intracranial pressure
P	Positional	Intracranial hypotension
P	Precipitated by Valsalva manoeuvre or exertion	Raised intracranial pressure
P	Progressive headache or substantial pattern change	Any secondary cause

**Kadınların baş ağrısı,
Okula giden öğrencilerin karın ağrısı,
Yaşlıların sırt,bacak ağrıları konusunda
Tıp çaresiz.:)**



Sık görülen sekonder baş ağrıları

NÖROVASKÜLER NEDENLERE BAĞLI BAŞAĞRILARI

Tanım ve klinik

- * Kranial ya da ekstrakranial vasküler patolojilerden kaynaklanan başağrılarını ani pik yapan hiperakut bir şekilde gelişir.
 - * Sürekli ve ilerleyici seyir gösterir.
 - * Sıklıkla nörolojik bulgular eşlik eder
 - * Analjeziklere yanıtıdır.
 - * Fizyopatolojisinde intrakranial vasküler yapılarda meydana gelen değişiklikler olduğu düşünülmektedir.
6. Kranial ya da servikal damarsal hastalıklara bağlanan başağrısı
 - 6.1. İskemik inme ya da geçici iskemik ataka bağlanan başağrısı
 - 6.2. Travmatik olmayan kafa içi kanamaya bağlanan başağrısı
 - 6.3. Yırtılmamış damarsal malformasyona bağlanan başağrısı
 - 6.4. Arterite bağlanan başağrısı
 - 6.5. Karotis ya da vertebral arter ağrısı (diseksiyon ve girişim sonrası)
 - 6.6. Beyin ven trombozuna bağlanan başağrısı
 - 6.7. Diğer kafaiçi akut damarsal bozukluğa bağlanan başağrısı
 - 6.8. Genetik vaskülopatiyeye bağlanan başağrısı (CADASIL, MELAS vb)
 - 6.9. Pituitar apopleksiye bağlanan başağrısı

İskemik Atağa Bağlı Baş Ağrısı

- * İnme başlangıcında olguların bir kısmı baş ağrısı tanımlamaktadır. Ancak baş ağrısının inme ile ilişkili olup olmadığına karar vermek kolay değildir.
- * Çünkü eşlik eden bilinç bozukluğu, afazi gibi durumlar baş ağrısının tespitini zorlaştırmaktadır.
- * Posterior sirkülasyon inmelerinde daha şiddetli ve sık baş ağrısı tanımlanmaktadır.

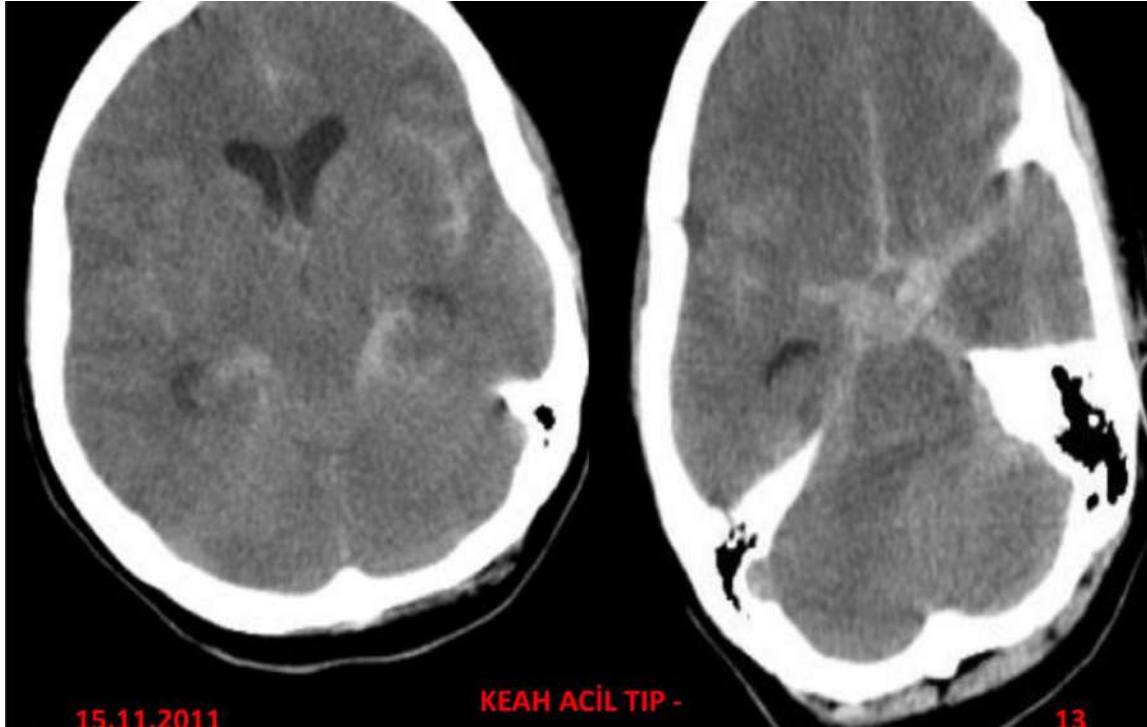
Non-travmatik Subaraknoid Kanamaya (SAK) Bağlı Baş Ağrısı

- * SAK kanın subaraknoid boşluğa sızmasıdır.
- * %75'i anevrizma rüptürü sonucu oluşur.
- * 50 yaş civarında ve kadınlarda sık
- * Hastalarda klasik olarak şimşek çakar tarzda yahut basit baş ağrısı üzerine eklenen dakikalar içerisinde dayanılmaz hale gelen çok şiddetli baş ağrısı görülür.
- * Eğer bir hasta bu güne kadar yaşadığı en kötü ağrı konusunda kararsızsa ağrının vasfının farklı olması bile SAK için endişelendirmelidir.

Non-travmatik Subaraknoid Kanamaya (SAK) Bağlı Baş Ağrısı

- * Bilinç bulanıklığı, nöbet, çift görme, ense sertliği ve diğer nörolojik belirtilerle birlikte olan baş ağrısı sorgulanmalıdır.
- * SAK şüphesinde ilk tanısıl tetkik kontrastsız BT'dir. Son görüşler BT normal olsa bile BOS incelemesinin gerekliliğini belirtmektedir.
- * Kas kökenli ağrılarla karışır.
- * Ağrının spinal hat boyunca yayılımı kanın bu alana geçtiğini gösterir.
- * **Ağrı tedavisine iyi cevap SAK'ı DIşLAMAZ.**

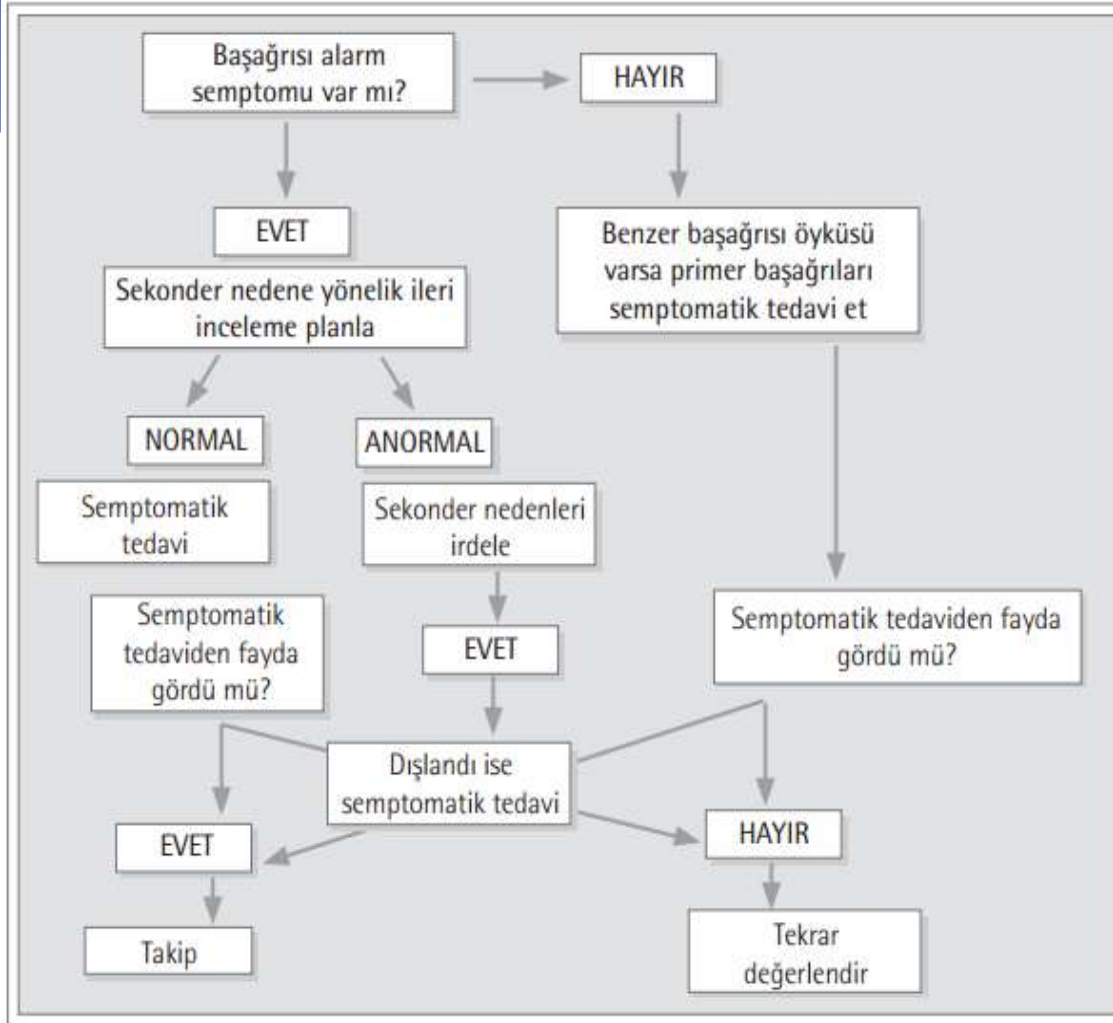
Non-travmatik Subaraknoid Kanamaya (SAK) Bağlı Baş Ağrısı



SAK Anamnezindeki Alarmlar

- * İlk kez bu kadar ciddi başım ağrıyor.
- * Hayatımın en şiddetli baş ağrısı
- * Birden başladı.
- * Kuvvetlice öksürdüm ondan sonra başladı.
- * Birkaç gündür dinmiyor, giderek kötülüyor.
- * Eskiden ağrı olup geçerdi, şimdi geçmiyor.
- * Baş dönmesi ve bulantı da eklendi.

Nörovasküler nedenlere bağlı başağrısı tedavi algoritması



- ✓ Nörovasküler nedenlere bağlı baş ağrılarında yönelik spesifik bir tedavi bulunmamaktadır.
- ✓ Baş ağrısına yol açabilecek sekonder nedenden şüpheleniliyorsa ve hastada baş ağrısı alarm belirtileri varsa ileri incelemeler tamamlanmalıdır.
- ✓ İleri incelemeler normal ise semptomatik tedavi uygulanmalıdır.
- ✓ Tedavi ağrı özellikleri, şiddeti ve hasta dikkate alınarak planlanmalıdır.
- ✓ İleri incelemede sekonder neden saptanmış ise altta yatan patoloji tedavi edilmelidir

Baş ağrınızın nedeni, sürekli karşınıza çıkan engeller olabilir.



Temporal Arterite Bağlı Baş Ağrısı

- * Temporal arterit olası çok ciddi komplikasyonları nedeniyle nörolojik acil durumlardan biri olarak kabul edilir.
- * Tanının ve tedavinin geciktirilmemesi en önemli konudur.
- * Elli yaşın üzerinde yeni başlangıçlı baş ağrısıyla başvuran bütün hastalarda akla gelmelidir.

Tablo 1. Amerikan Romatoloji Koleji temporal arterit kriterleri

1. Elli yaş üstü
2. Yeni başlayan baş ağrısı
3. Temporal arter anormalliği (palpasyonla hassasiyet, pulsasyonda azalma)
4. ESH \geq 50 mm/saat
5. Temporal arter biyopsisinde mononükleer hücre infiltrasyonu, granülomatöz inflamasyon, multinükleer dev hücrelerin görülmesi

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı.

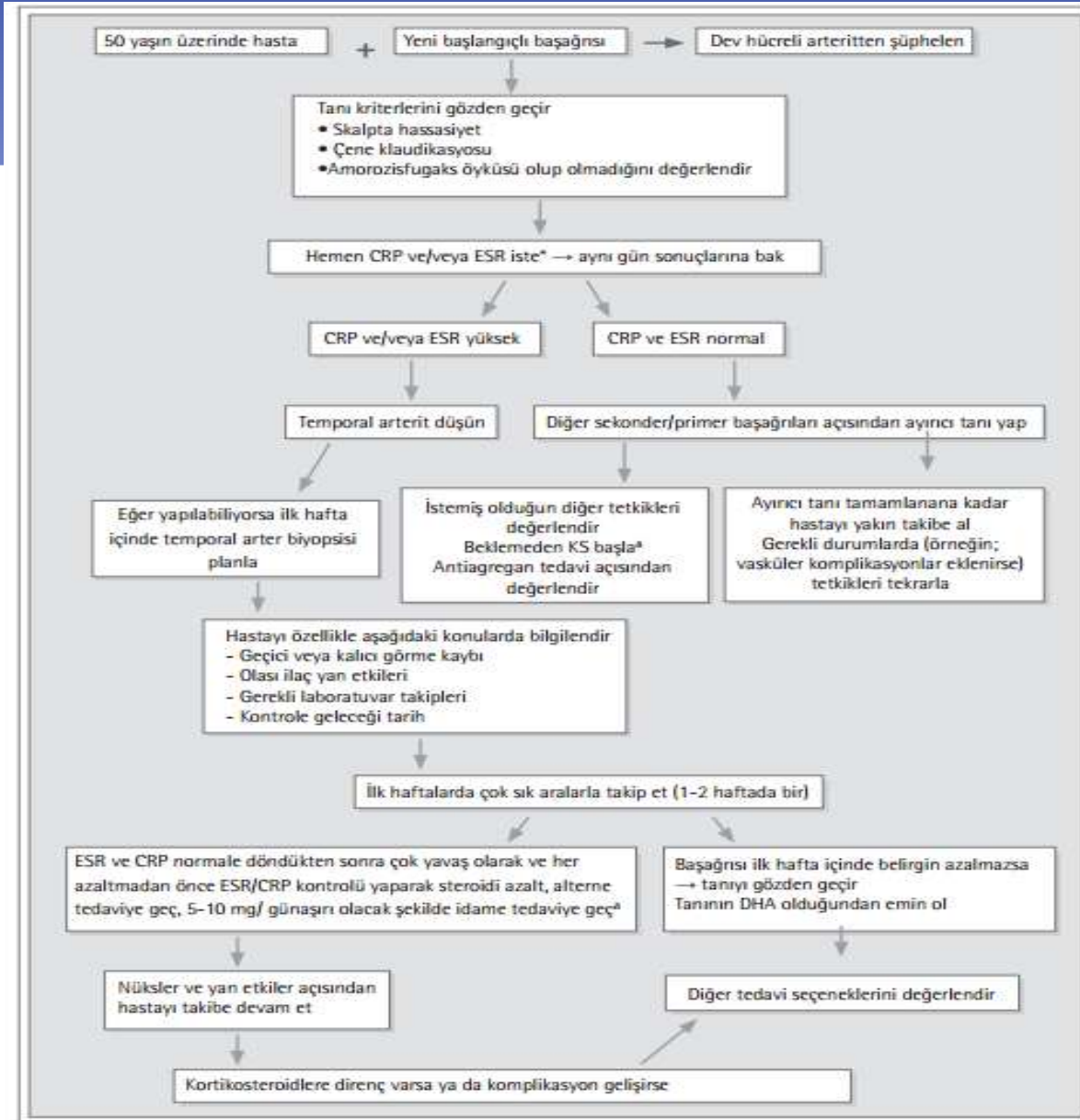
Tablo 2. Temporal arterite bağlı başağrısı için Uluslararası Başağrısı Topluluğu tanı kriterleri

- A. C kriterlerine uyan yeni başlangıçlı başağrısı
- B. Dev hücreli arterit (DHA) tanısı konmuş olması
- C. Aradaki ilişkinin aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile gösterilmesi
 1. Başağrısı başlaması ile DHA'yla ilişkili ya da DHA tanısına götüren diğer bulguların ve/veya klinik veya biyolojik belirtilerin yakın zamansal ilişki göstermesi
 2. Aşağıdakilerden biri ya da her ikisi birlikte
 - a) DHA'nın kötüleşmesiyle başağrısının belirgin olarak kötüleşmesi
 - b) Başağrısının yüksek doz steroid tedavisiyle belirgin olarak ya da tamamen iyileşmesi
 3. Başağrısının kalp hassasiyeti ve/veya çene kladikasyonu ile birlikte olması
 4. Duruma daha uygun başka bir ICHD-3 tanısı olmaması

Temporal Arterite Bağlı Baş Ağrısı

- * Patofizyolojisinde panarterit yer alır.
- * Frontotemporal bölgede, zonklayıcı, yeni başlangıçlı baş ağrısı hastaların %60-90'da görülür.
- * Temporal arterde nabız alınamaz/az alınır, hassasiyet mevcuttur.
- * Eritrosit sedimentasyonu: 50mm/h üzerindedir.
- * Anormal arteriyel biopsi bulguları ile tanı konur.
- * Ancak biyopsi yapılması ya da sonucunun alınması için tedavi geciktirilmemelidir.
- * Takip sürecinde de hastalar çok yakın takip edilmeli ve nükslere karşı uyanık olunmalıdır.
- * Klinik şüphe varlığında bağışıklık cevabının hızlı şekilde kontrol edilebilmesi için KS'ler, ilk tercih edilecek tedavidir.

Temporal arterit tanı ve takip algoritması



İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON

Tanım ve klinik

- * İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) uzun yıllar pseudotümör serebri (PTC) ile yaklaşık eş anlamlı olarak kullanılmıştır.
- * Son yıllarda PTC'nin bir şemsiye kavram olduğu ve alta yatan bir neden saptanan olguların sekonder PTC, alta yatan neden bulunamayan olguların ise primer PTC olguları olarak adlandırılmasının gerektiği ifade edilmiştir.
- * Primer PTC'nin diğer ismi İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyondur.

İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON

- * En sık semptom başağrısı, genellikle frontal, bilateral, basınç şeklinde
- * Görsel semptomlar ;
- * En sık geçici görme kaybı atakları olup tek veya her iki gözde saniye-dakikalar süren görme kaybı ile karakterlidir.
- * Pulsatil tinnitus

İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON

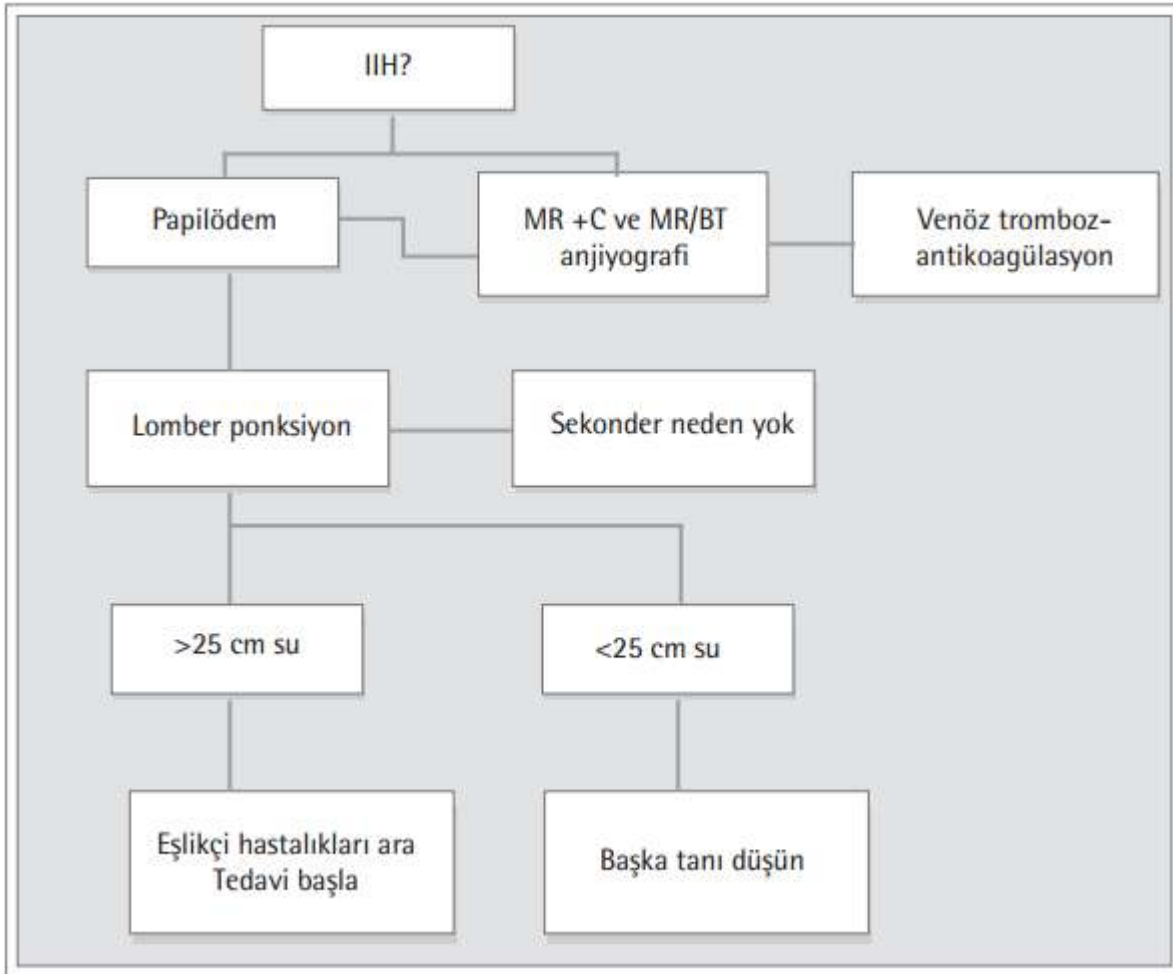
ICHD-3 sınıflaması tanı kriterleri

- A. C'deki kriterleri karşılayan yeni başlangıçlı başağrısı veya mevcut başağrısında artış
- B. İntrakranial hipertansiyon tanısı aşağıdakilerden ikisince desteklenmeli
 1. BOS basıncı 250 mm su üzerinde olmalı (obez çocuklarda 280 mm su üzeri)
 2. BOS içeriği normal
- C. Nedensel ilişki aşağıdakilerden ikisi ile desteklenmeli
 1. Başağrısı intrakraniyal basınç artışı ile zamansal ilişkilidir veya tanı konmasına neden olmuştur
 2. İntrakraniyal basıncın düşürülmesi başağrısında iyileşmeyi sağlar
 3. Papilödem
- D. Ağrı başka bir ICHD-3 tanısı ile açıklanamaz

Modifiye Dandy kriterleri

1. Artmış kafa içi basıncı semptom ve bulguları (basağrısı, bulantı, kusma, geçici görme kayıpları, papilödem)
2. Uni-bilateral abduzens paralizisi dışında fokal nörolojik bulgu olmayışı
3. Beyin omurilik sıvısı (BOS) açılış basıncı ≥ 25 cm su, BOS içeriği normal
4. Serebral venöz trombozun dışlandığı normal nörogörüntüleme bulguları [MRG, BT veya MR venograf]

İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON KUŞKULU HASTAYA YAKLAŞIM

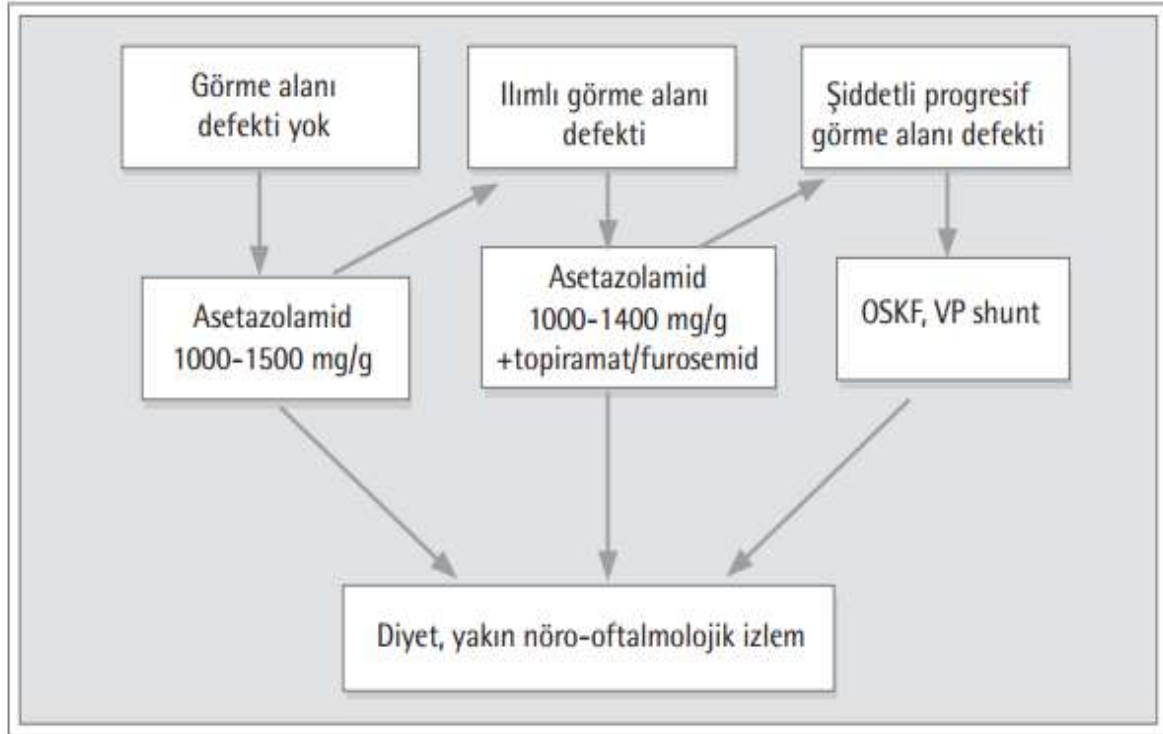


- * Tetkik olarak **kontrastlı MRG**; tümör, meningeal infiltrasyon gibi nedenleri, **MR venograf** ise; venöz sinüs trombozunu dışlamak için yapılmalıdır.
- * LP'de basınç yüksekliğinin saptanması yanı sıra BOS'un biyokimyasal, mikrobiyolojik ve sitolojik tüm tetkiklerinin yapılması ve patoloji olmadığının ortaya konulması hedeflenir.

İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON TEDAVİ ALGORİTMASI

Medikal tedaviye rağmen görmenin bozulduğu veya baştan itibaren optik sinir etkilenmesinin mevcut olduğu hastalarda optik sinir fenestrasyonu ve BOS diversiyon yöntemleri etkin cerrahi yöntemlerdir.

Medikal tedaviye dirençli olgularda venöz sinüs stentleri
İzlemde görme alanı ve optik koherans tomografisi



Hipertansif Ensefalopati

- * MRG dahil birçok ileri inceleme ve çok sayıda tedavi uygulaması ile kontrol edilemeyen bir baş ağrısının nedeni hipertansiyon olabilir, bu nedenle her hastada mutlaka arteriyel tansiyon ölçülmelidir.
- * Ancak hipertansiyonun tanısı konmuş ve tedavisi düzenlenmiş olduğu durumlarda baş ağrısını hipertansiyona bağlamak yanlış bir yaklaşımdır.

• *Akut Sinüzit*

- * Seyrek görülen bir baş ağrısı nedeni olan akut sinüzit genellikle nazal yollarda pürülan akıntı ve infeksiyon bölgesine göre değişen bir ağrı profili ile karakterizedir.
- * Sinüsler üzerindeki ağrının mutlaka sinüzite bağlı olması gerektiği şeklindeki yanlış inanç nedeni ile baş ağrısı nedeni olarak sinüzit tanısı fazla sık ve hatalı olarak konmaktadır. Aslında frontal bölge yerleşimli ataklarla giden baş ağrısı en sık migren ve GTB nedeniyle görülür.

Unutulmasın!!!

- * (İstisnalar dışında)
- * Akut sinüzit akut şiddetli baş ağrısına yol açar.
- * Kronik sinüzit kronik baş ağrısına yol açmaz.



Oftalmik Kaynaklı Baş Ağrıları

- * Glokom krizi ve oküler inflamasyon (özellikle anterior uveitis) bu grup içinde öncelikle hatırlanacak ağrılardır.
- * Genellikle göz arkasında, göz hareketiyle artan şiddetli, zonklayıcı ağrılar şeklinde tanımlanırlar.
- * Glokom krizinde sert bir göz küresi, ışık reaksiyonu alınamayan geniş bir pupilla ve hiperemi hemen ayırıcı tanıyı göze yöneltecektir.

Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonuna Bağlı Baş Ağrısı

* Akut SSS Enfeksiyonları

1. Bakteriyel menenjit
2. Meningoensefalit
3. Beyin absesi
4. Subdural ampiyem
5. Epidural abse
6. Septik venöz sinüs tromboflebiti



Menenjite Bağlı Baş Ağrısı

- * Viral ve bakteriyel menenjitlerde hızlı başlangıçlı ve şiddetli baş ağrısı görölebilir.
- * Genellikle ateş ve menengial iritasyon bulguları eşlik eder.
- * Menenjit şüphesinde LP gereklidir. Nörolojik muayenesi normal, bilinci normal ve papil ödemi olmayan hastada önceden BT çekilmesine gerek kalmadan LP yapılabilir.
- * LP herhangi bir nedenle yapılamıyorsa ve bakteriyel menenjitten şüpheleniliyorsa, antibiyoterapi geciktirilmeden başlanmalıdır.

Beyin Tümörüne Bağlı Baş Ağrısı

- * Tanı anında %70 baş ağrısı mevcuttur.
- * Baş ağrısı aralıklı-sürekli/tek taraflı-çift taraflı
- * Primer beyin tmr<50yaş genç erişkin
- * Metastatik beyin tmr (meme, akc) ; orta yaş üstü
- * Beyin tümörü
 - * - direkt baskı
 - * - intraserebral basınç artışı



İlaç Aşırı Kullanımına Bağlı Baş Ağrısı

- * İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (İAB), öncesinde primer baş ağrısı hastalığı olan bireylerde ağrı kesici, opioid veya migren atak ilaçlarının (ergotamin, triptan) sık kullanımı sonucu baş ağrılarının kronikleşmesidir.
- * Patofizyoloji??
- * İlaç aşırı kullanımı serebral korteks ve trigeminal sistemde nöronal uyarılabilirliği kolaylaştırıyor olabilir.



Tanı Kriterleri



- * **A.** Önceden baş ağrısı olan bir hastada, ayda 15 gün veya daha çok baş ağrısının olması
- * **B.** Üç aydan uzun bir süre için, baş ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlardan bir veya birden çoğunun düzenli olarak aşırı kullanımı
- * **C.** Baş ağrısının başka bir nedene bağlanamaması

- * **Basit analjezikler:** Aspirin, parasetamol, NSAİ ilaçlar (ibuprofen, naproksen, indometazin gibi) ayda 15 gün veya daha sık alınırsa ilaç aşırı kullanımı başağrısına neden olur.
- * **Kombine ağrı kesiciler:** Kafein, aspirin, parasetamol, NSAİ ilaçların çeşitli kombinasyonları ayda 10 gün veya daha sık alınırsa ilaç aşırı kullanımı başağrısına neden olur.
- * **Triptan ve ergotaminler:** Ayda 10 gün veya daha sık alınırsa İAB'ye neden olur.
- * **Opioidler:** Oksikodon, tramadol, butorfanol, morfin, kodein ve hidrokodon ayda 10 gün veya daha sık alınırsa ilaç aşırı kullanımına neden olur.
- * **Kafein:** Günde 200 mg'ın üzerinde kafein alımı ilaç aşırı kullanımı riskini artırır.

İlaç aşırı kullanım başağrısından kaçınma

- * Ataklarda hastaların atak şiddeti dikkate alınarak tedavi düzenlenmelidir.
- * Hastalarda zamanında profilaksiye geçilmelidir.
- * Hastanın ağrı ve ilaç günlüğü tutması ile atakların sıklaşmasının fark edilmesi sağlanmalıdır.
- * Hastaların düzenli aralıklarla kontrolü (örneğin 3 ay aralarla) önemlidir.

İlaç aşırı kullanım tedavisi

- * İAB'nin tedavisinde başlangıçta kısa bir süre ağrılar kötüleşebilir ama sonrasında iyileşme beklenir.
- * Tam bir iyiliğe ulaşma aylarca sürebilir.
- * Tedavide amaç tam ağrısızlıktan ziyade ağrıların sayısında, şiddetinde azalma ve tedaviye yanıtta artış olmalıdır.

ilaç aşırı kullanım tedavi algoritması

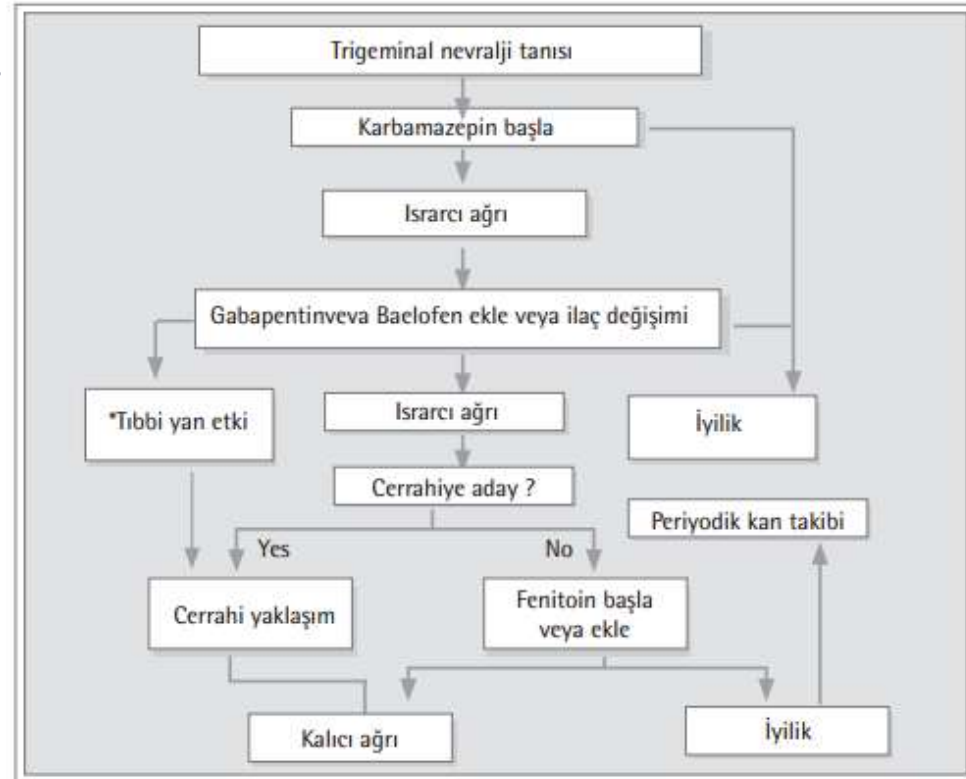
- * 1. Kullanılan ilaç sayısını haftada en fazla 1 tablet ile sınırlandır
- * 2. İlaç azaltılması ile birlikte metoklopramid 10 mg tablet 2x1 2 hafta köprü tedavisi
- * 3. İlaç azaltılması ile birlikte çabuk etkin doza çıkmak üzere veya doğrudan etkin dozda başlamak üzere proflaksi ilacı başla
- * 4. Eğer köprü tedavisi başarısız kalırsa metilprednizolon 10 gün süreyle 16 mg/gün veya doz azalarak 32-48 mg/gün kullan
- * 5. Başarılı proflaksi tedavisini ara izlemlerle 12 ay veya daha uzun süreyle sürdür

Trigeminal nevroj (TN)

- * En sık görülen kranial nevroj türüdür.
- * Trigeminal sinirin duysal dağılım alanında tek taraflı, çok şiddetli, şimşek vari, çok kısa süreli (2 sn-2 dk arasında) ağrı paroksizmleri ile karakterize bir klinik tablodur.
- * Ağrı genelde yüz yıkama, traş olma, sigara içme, konuşma ve/veya diş fırçalama (tetik faktörler) gibi uyarılarla ortaya çıkabildiği gibi, sıklıkla spontan da olabilir.
- * Nazolabial oluk ve/veya çenedeki küçük alanlar (tetik alanları) ağrının tetiklenmesine eğilimli bölgelerdir.

Trigeminal nevralsi tedavide algoritmik yaklaşım

- * Tedavide analjezikler etkisiz
- * Altın standart karbamazepin /okskarbazepin.
- * Gabapentin, pregabalin yanıtız olgularda veya yan etki varlığında.
- * Girişimsel sinir blokaj tedavileri ilaç tedavisine yanıtız olgularda denenebilir.
- * Dirençli olguda sinirin sıkıştığı bölgeyi rahatlatmaya yönelik cerrahi girişim yapılabilir.



Gebelikte Baş Ağrısı

- * Gebeliğin ilk trimesterinde artan östrojen seviyesi baş ağrısına neden olabilirken, 2. ve 3. trimesterde östrojen seviyesinin stabilleşmesi ile baş ağrıları azalabilir.
- * Gebelerde öncelikle sekonder nedenlerin dışlanması (preeklampsi, eklampsi, sinüs ven trombozu gibi) gereklidir.
- * Etkinliği tartışmalı olsa bile, parasetamol gebelik döneminde önerilebilecek tedavi seçeneklerinden biridir.

Çocuklarda Baş Ağrısı

AKUT BAŞ AĞRISI

- * Önceden baş ağrısı öyküsü olmayıp, ilk atak

A) enfeksiyonlar

- * Üst solunum yolu hastalıkları (sinüzit, otit)
- * Akut menenjit, ensefalit

B) diğer nedenler

- * Hipertansiyon
- * Travma
- * Venöz sinüs trombozu
- * Akut intrakraniyal kanama

AKUT TEKRARLAYAN BAŞ AĞRISI

- * Ağrı ataklarını semptomsuz dönemlerin izlediği baş ağrısı
 1. migren
 2. hipertansiyon baş ağrısı
 3. küme baş ağrısı

KRONİK PROGRESİF BAŞ AĞRISI

- * Baş ağrısı sıklığı ve şiddetinde kademeli artış gözlenir. Sıklıkla altta yatan **ciddi bir patolojinin habercisidir.**
 1. beyin tümörleri
 2. hidrosefali
 3. kronik menenjit
 4. beyin absesi
 5. subdural hematom



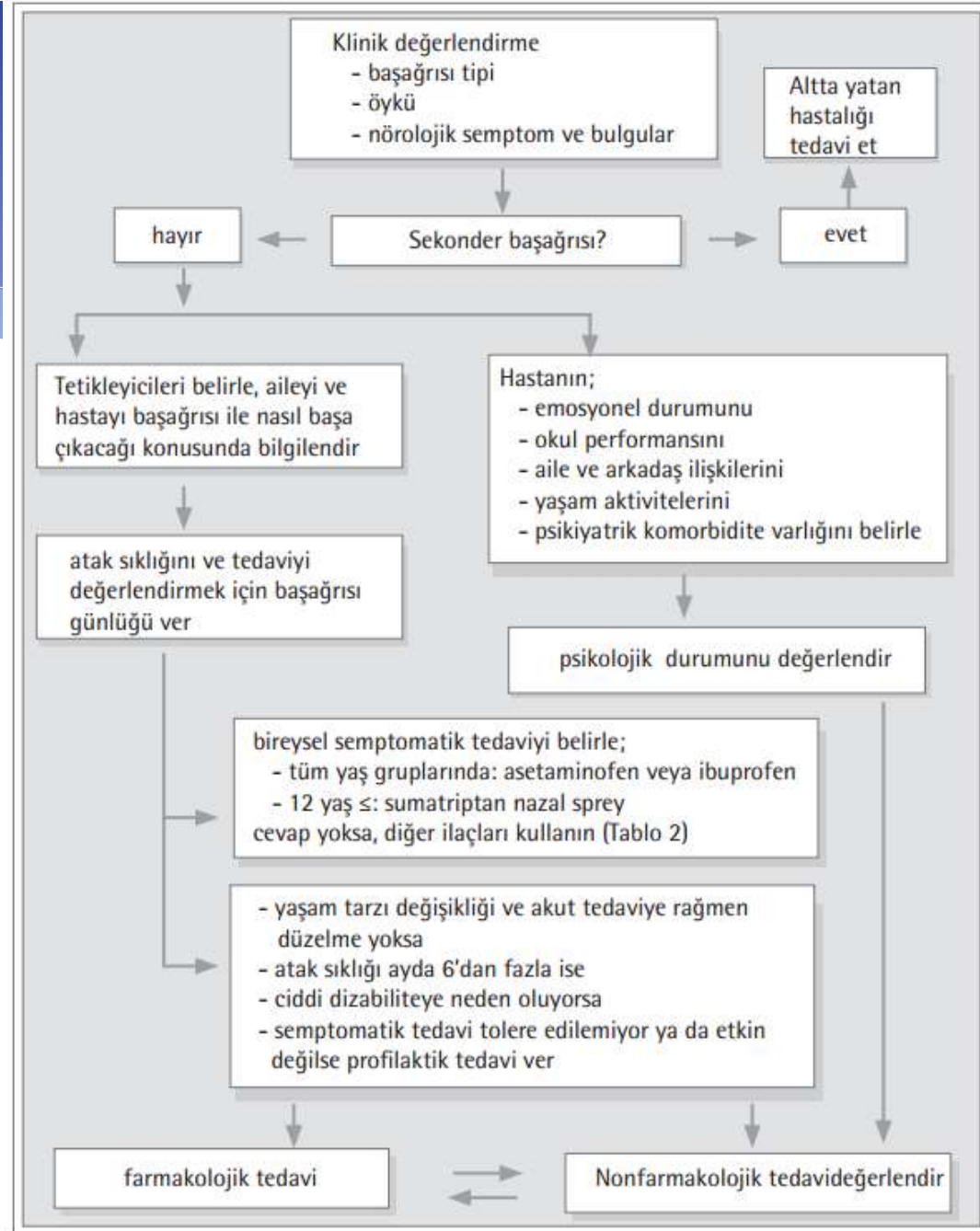
- * İmmun yetmezlik

- * VP Şant

- * Travma

Öyküsü olan çocuklarda baş ağrısı, aksi kanıtlanana kadar “sekonder” kabul edilmelidir.

Çocuk ve ergende başağrısı yönetimi



Yaşlılarda Baş Ağrısı

- * Erişkin yaşa kadar baş ağrılarının büyük çoğunluğunu (yaklaşık %90) primer baş ağrıları oluştururken, ileri yaşlarda sekonder baş ağrıları ön plana geçmektedir.
- * Yaşlı hasta grubunda da baş ağrısı kadınlarda daha sık bir semptomdur.
- * İleri yaştaki migren hastalarında ortaya çıkan geçici görme kaybı, beyinsapı bulguları, duysal semptomlar gibi fokal nörolojik bulguları migren ile ilişkilendirmeden önce geçici iskemik atak ile ayırıcı tanısının yapılması önemlidir.



SEVK ENDİKASYONLARI

- * Primer veya sekonder baş ağrısı sebepleri sınıflandırılmasında güçlük yaşıyorsa;
- * Her gün meydana gelen ve durdurulamayan baş ağrısı durumunda;
- * Bir ilacın aşırı kullanımına bağlı baş ağrısında veya ilaç kullanımının alışkanlık durumuna geldiği durumlarda;
- * Baş ağrısında uygun bir tanı konulması ve tedavi önerilmesi konusunda hekimin kendisini rahatsız hissettiği herhangi bir durumda;
- * Tedaviye yanıt vermeyen veya durumu kötüleşen hastalar sevk edilmek istendiğinde



TEŞEKKÜRLER...