



KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Primer Başağrıları

Dr. Yasin Tire

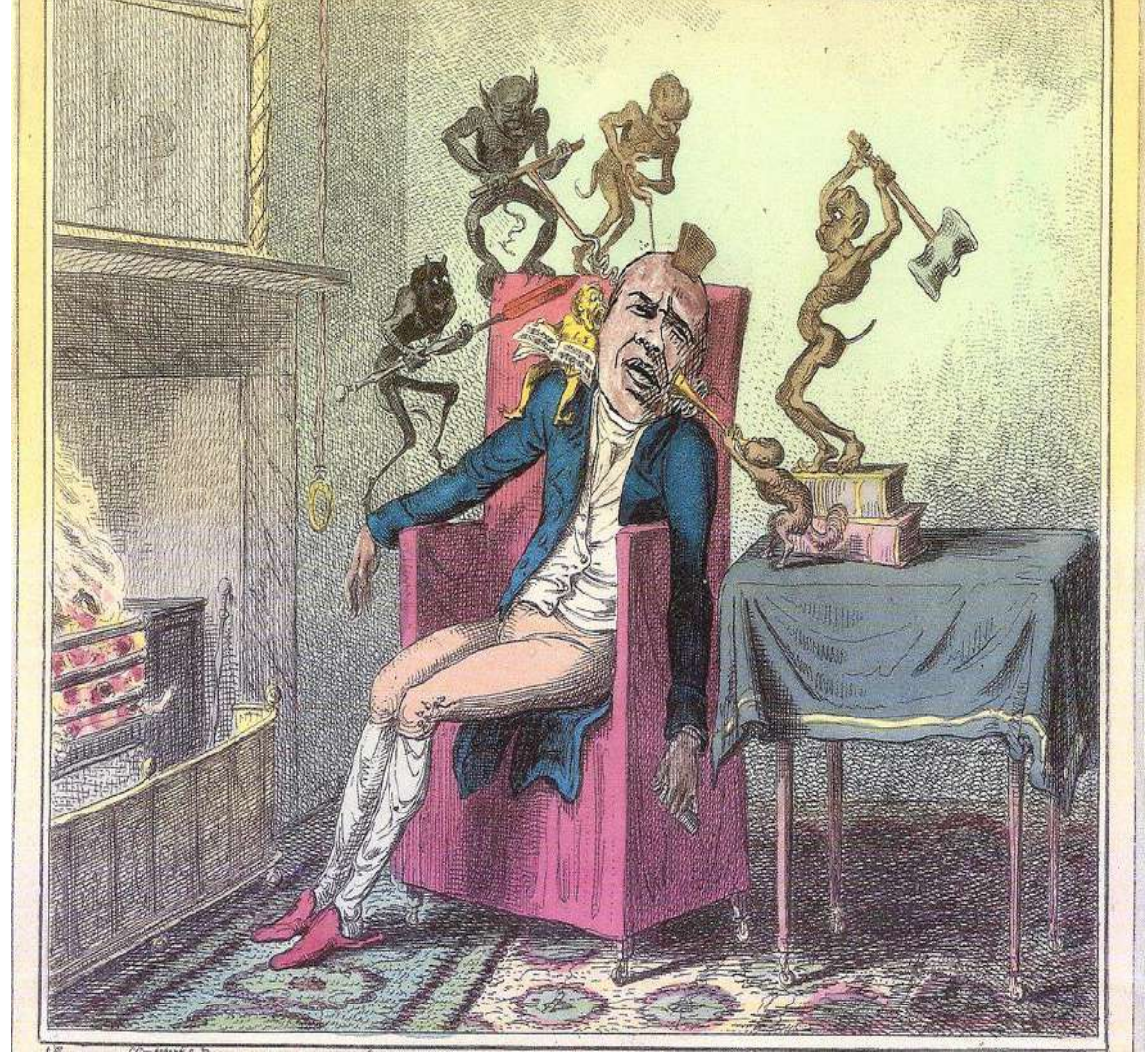
SBÜ Konya EAH

Sunum Planı

- Tanım
- Patogenezi
- Tanı
- Tedavi
- Akılda Kalacaklar

TANIM

- **Başıağrsısı**, hastanın günlük yaşamanı etkileyebilen, gün içerisindeki gerçekleştirdiği aktivitelere kısıtlılık oluşturan bir ağrı tipidir.



IHS 2018 Sınıflama Sisteminde Primer Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

A. Primer baş ağrıları

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı
3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrısı sendromları

MİGREN

- Genetik yatkınlığı olan bireylerde multifaktöriyel olarak ortaya çıkan bir hastalık.
- Tüm baş ağrısı tipleri içinde doktora en fazla başvuru nedeni olan durum
- Çoğunlukla baş ağrısı sadece şiddetli ağrı boyutu ile değerlendirilmektedir.
- Ancak ağrı, migrenin sadece bir dönemi
- Migren serebral disfonksiyona bağlı olarak şekillenen ve farklı dönemler içinde ortaya çıkan bir semptomlar kompleksi



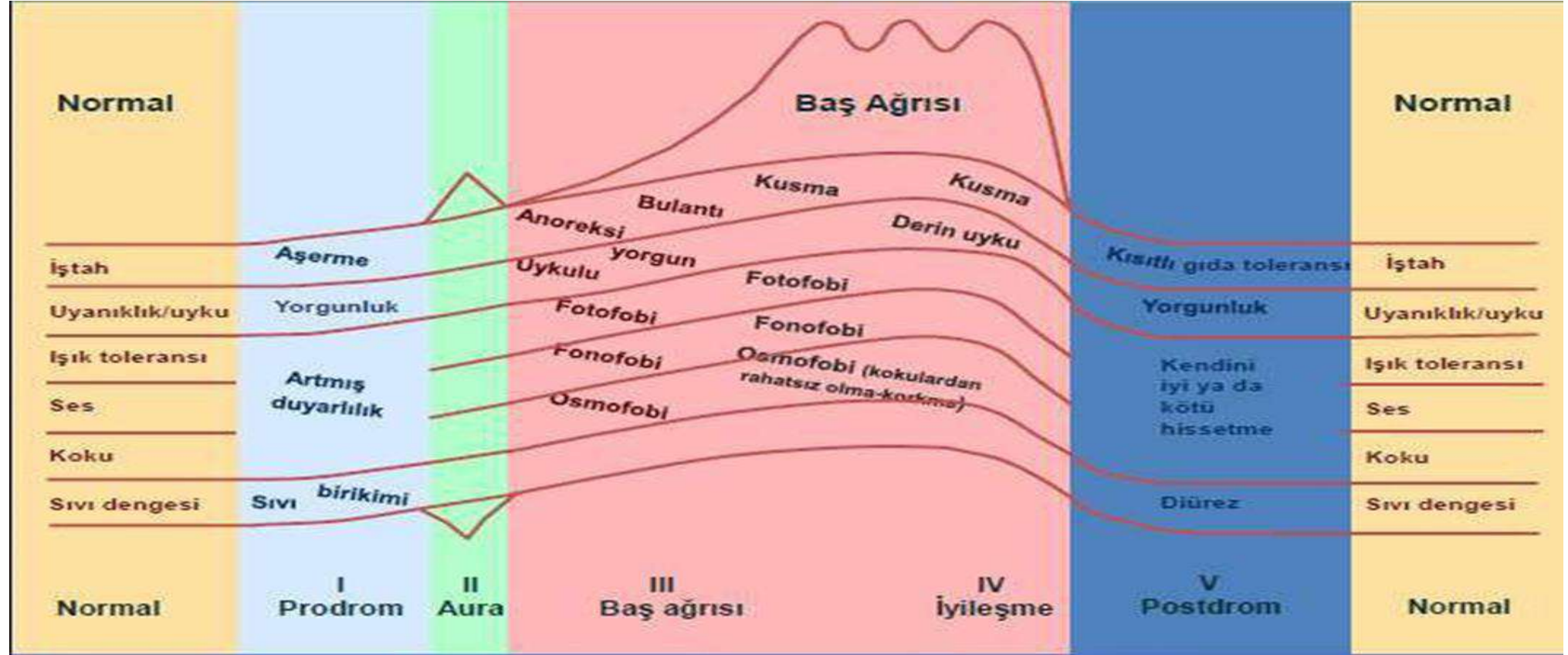


Migraine Headache

ePainAssist.com



MİGREN KLİNİK SEYRİ



MİGREN - TÜRKİYE

UK		The Netherlands		Norway		Denmark	
Male	4%	Male	5%	Male	3%	Male	5-12%
Female	11%	Female	12%	Female	14%	Female	24-25%
Both sexes	3%	Both sexes	9%	Both sexes	12%	Both sexes	14-19%



1. Migren

- 1.1. Aurasız migren
- 1.2. Auralı migren
 - 1.2.1. Tipik auralı migren
 - 1.2.1.1. Başağrılı tipik aura
 - 1.2.1.2. Başağrısız tipik aura
 - 1.2.2. Beyinsapı auralı migren
 - 1.2.3. Hemiplejik migren
 - 1.2.3.1. Ailesel hemiplejik migren
 - 1.2.3.1.1. Ailesel hemiplejik migren (FHM1)
 - 1.2.3.1.2. Ailesel hemiplejik migren (FHM2)
 - 1.2.3.1.3. Ailesel hemiplejik migren (FHM3)
 - 1.2.3.1.4. Ailesel hemiplejik migren, diğer lokus
 - 1.2.3.2. Sporadik hemiplejik migren (SHM)
 - 1.2.4. Retinal migren
- 1.3. Kronik migren
- 1.4. Migren komplikasyonları
 - 1.4.1. Status migrenozus
 - 1.4.2. İnfarkt olmaksızın kalıcı aura
 - 1.4.3. Migrenöz infarkt
 - 1.4.4. Migren aurasıyla tetiklenen nöbet
- 1.5. Olası migren
 - 1.5.1. Aurasız olası migren
 - 1.5.2. Auralı olası migren
- 1.6. Migrenle ilişkili olabilecek epizodik sendromlar
 - 1.6.1. Yineleyen gastrointestinal rahatsızlık
 - 1.6.1.1. Sıklık kusma sendromu
 - 1.6.1.2. Abdominal migren
 - 1.6.2. Selim paroksizmal vertigo
 - 1.6.3. Selim paroksizmal tortikollis

1.1. Aurasız Migren

1.2. Auralı Migren

1.3. Kronik Migren

1.1. Aurasız Migren

Atak süresi:4 –72 saat (tedavisiz!)süren en az 5 atak

Ağrı özellikleri(en az ikisi):

Tek taraflı

Zonklayıcı

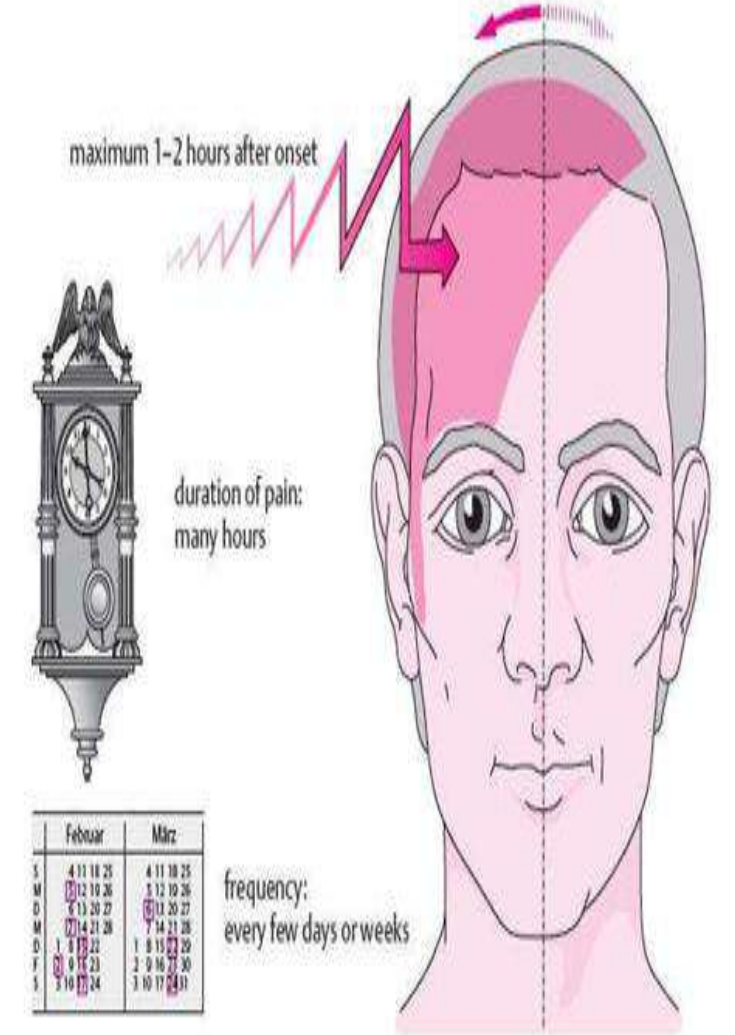
Orta / çok şiddetli

Baş hareketleri ile ağrıda artış

Ağrı sırasında (en az biri):

Bulantı ve/ veya kusma

Sese /gürültüye artmış duyarlılık



1.2.1. *Tipik Auralı Migren*

Tanı kriterleri

- A. B ve C kriterlerine uyan en az 2 atak
- B. i. Tam düzelen aşağıdaki aura semptomlarından en az biri görülür:
 - 1. Görsel
 - 2. Duysal
 - 3. Konuşma ve/veya lisan bozukluğu
- ii. Motor, beyinsapı ve retinal semptomlar görülmez
- C. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi:
 - 1. 5 dakika ya da daha uzun sürede basamaklı ilerleme gösteren en az bir aura semptomu, ve/veya birbirini izleyen 2 veya daha fazla semptom görülür
 - 2. Her bir aura semptomu 5 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer
 - 3. En az bir aura semptomu tek taraflıdır
 - 4. Aura sırasında veya sonrasındaki 60 dakika içinde baş ağrısı başlar
- D. Sınıflamada yer alan başka bir baş ağrısı tanısı ile açıklanamamaktadır



Migrenin Prodrom Döneminde Rastlanabilen Semptomlar

Nöropsikolojik semptomlar

Aşırı duyarlılık-tepkisellik, depresif duygu durumu

Öfori, nadiren hiperaktive

Durgunluk/donukluk, konsantrasyon ve dikkatte azalma, düşüncede yavaşlama

Kelime bulma gücü, konuşurken takılma

Artmış ışık, ses, koku duyarlılığı

Esneme, uyuma isteği

Sistemik/otonom semptomlar

Ense sertliği

Halsizlik

Açlık, tatlı yeme isteği, iştah artışı veya iştahsızlık

Aşırı su içme, vücutta su tutulması, sık idrara çıkma

Karında şişlik hissi, kabızlık veya ishal hali

Göz yaşarması

1.3. Kronik Migren

Tanım: Üç aydan daha fazla süre boyunca ve ayda 15 veya daha çok gün olan; ayda en az 8 gün migren özelliklerini taşıyan baş ağrısı.

Tanısal kriterler:

- A. Migren veya gerilim tipi baş ağrısı benzeri, 3 aydan uzun süre boyunca ayda 15 veya daha çok gün olan, B ve C kriterlerine uyan baş ağrısı
- B. Aurasız migren kriterlerine uyan en az 5 veya auralı migren kriterlerine uyan en az 2 atak geçirmiş hastada gelişmesi
- C. 3 aydan uzun süreyle, ayda en az 8 gün aşağıdaki özelliklerden herhangi birine uyması:
 - 1. Aurasız migren kriterleri
 - 2. Auralı migren kriterleri
 - 3. Hasta tarafından başlangıçta migren olduğunun düşünülmesi ve triptan veya ergot türevleri ile iyileşmesi
- D. Sınıflamada yer alan başka bir baş ağrısı tanısı ile açıklanamamaktadır



1.3. Kronik Migren

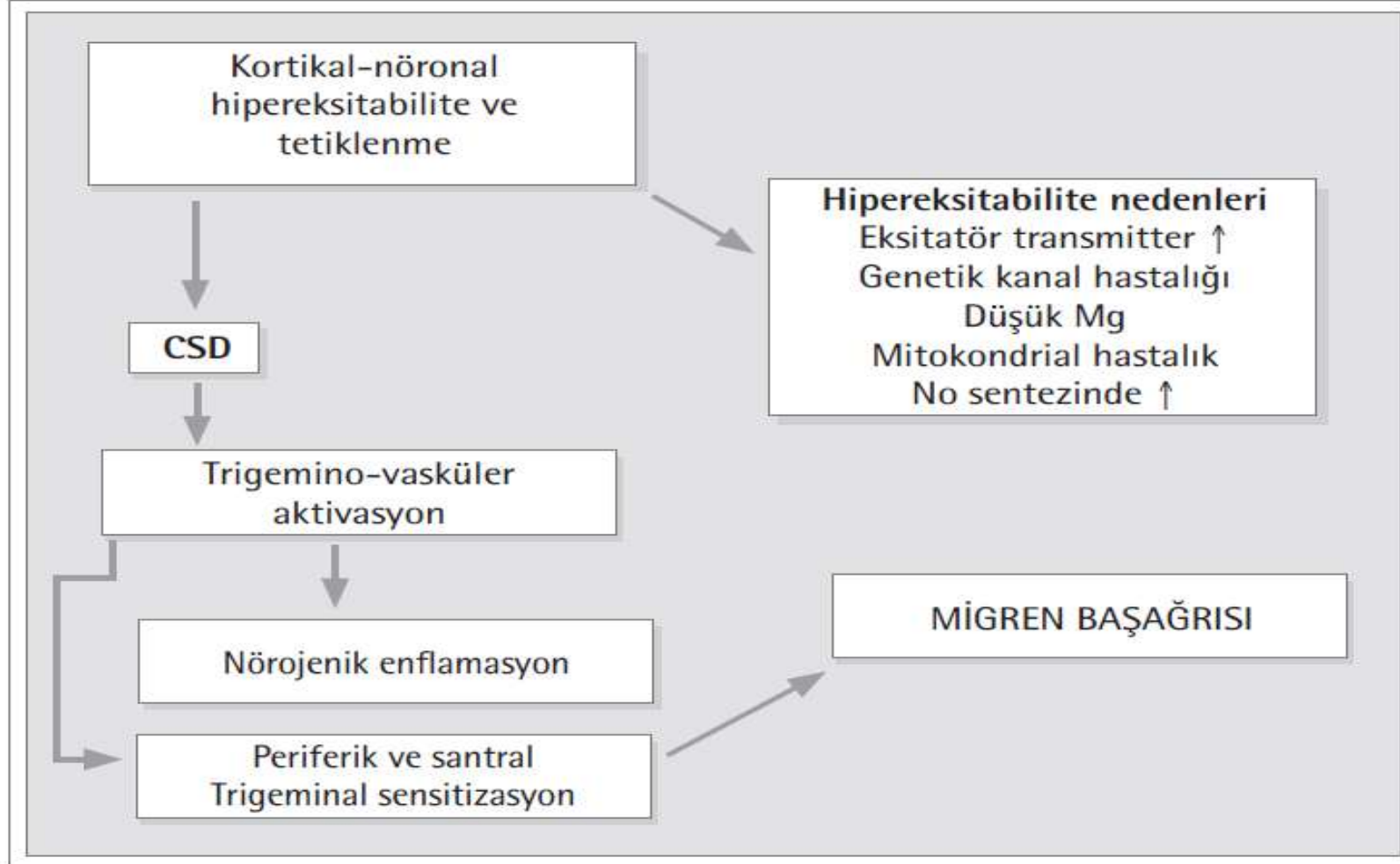
- Genellikle yoğun olarak ağrı kesici kullanımı söz konusudur.
- Klinik tablolarını anlayabilmek ve ayırıcı tanı yapabilmek için başağrısı günlüğü mutlaka gereklidir.
- Ayırıcı tanıda sekonder başağrıları, kronik gerilim tipi başağrısı, yeni başlangıçlı günlük ısrarcı başağrısı ve İAKB sorgulanmalıdır.
- Kronik migren ve İAKB birlikte olabilir.
- İlaç aşırı alımı engellendiğinde epizodik migren atakları geri dönüyorsa TANI ---- İAKB
- İlaçların düzenlenmesine rağmen kronik süreç devam ediyorsa TANI ---- kronik migren
- Kronik migren tanılı hastalar genellikle analjezik tedavilere dirençlidirler.



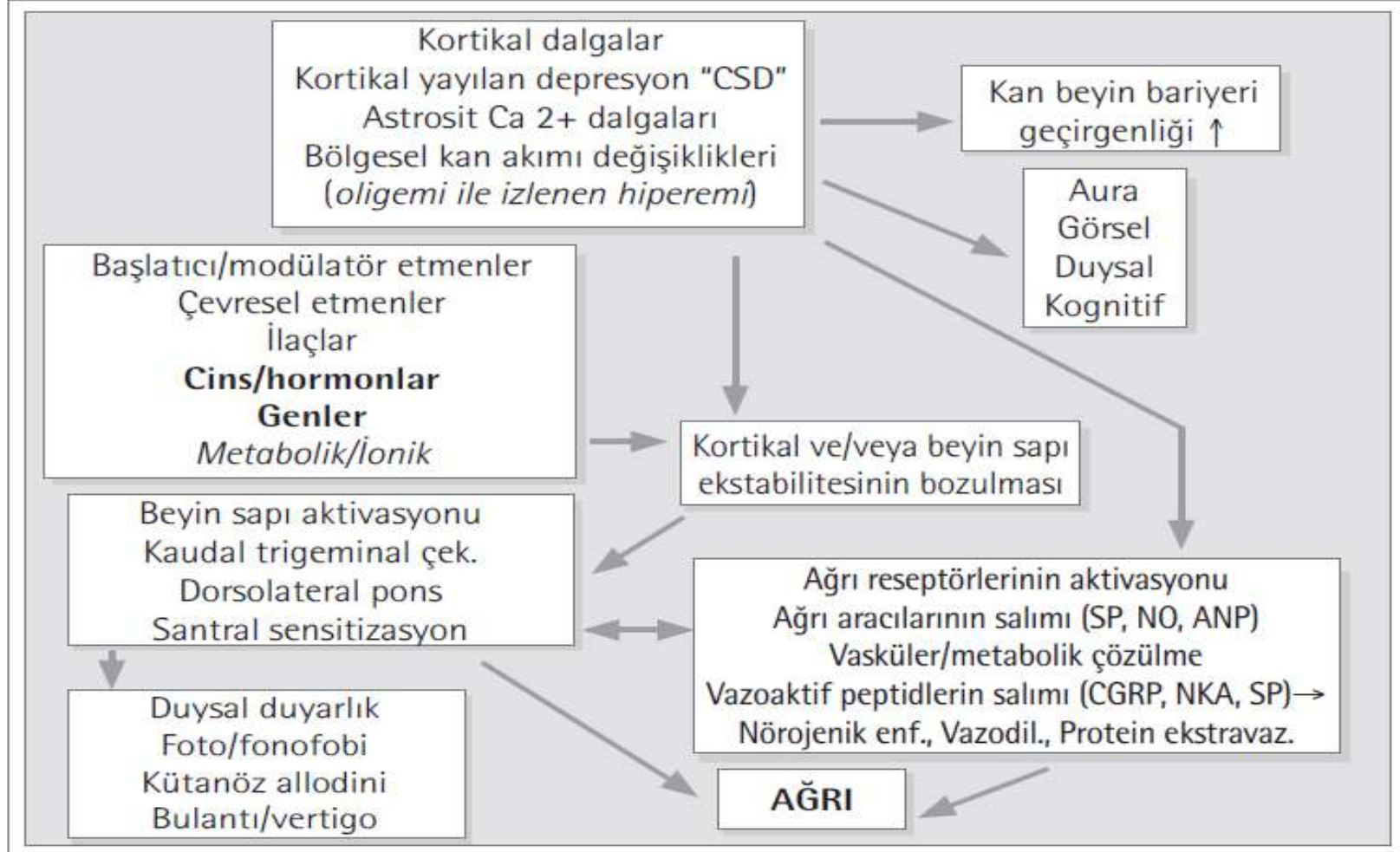
Migren Genetiđi

- Migren, genetik faktörlerin çevresel faktörlerle etkileşim gösteren kompleks poligenik bir hastalık olarak kabul edilmektedir.
- Auralı migrende genetik faktörlerin aurasız migrene göre daha fazla rolü vardır.
- Sorumlu lokuslar ve yatkınlık genleri henüz bilinmemektedir.
- Şu an sadece ailesel hemiplejik migrenin genleri ulaşılmıştır.
- Otozomal dominant tipte genetik geçiş gösteren monogenik auralı migren formunun kalsiyum kanalı (CACNA1A), Na-K-ATPaz pompası (ATP1A2) ve sodyum kanalı (SCN1A) ile ilişkili bazı genlerdeki mutasyonlardan kaynakladığı kanıtlanmıştır.
- Migren bir iyon kanal hastalığı olduğu görüşünü desteklemektedir.

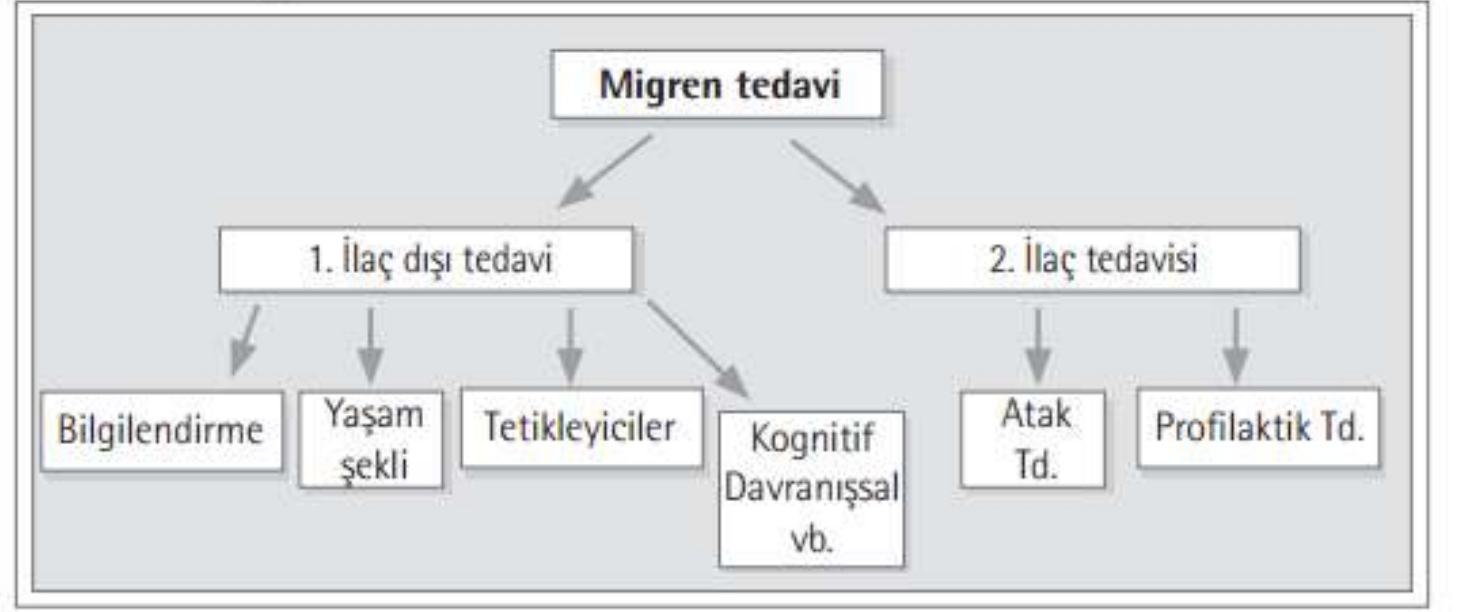
PATOGENEZ



PATOGENEZ



TEDAVİ



- Migren nedeniyle hastaların hayat kalitesi belirgin derecede düşer,.
- Migren atağı sırasında hastanın işini yapamaz duruma gelmesi toplumsal anlamda da kayıplara yol açmaktadır.
- Atakların tedavi edilmesi çoğunlukla gereklidir.
- Migren tedavisi, ilaç ve ilaç dışı tedavi olmak üzere ikiye ayrılır.

İLAÇ DIŞI TEDAVİ

Hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi

Yaşam şeklinin düzenlenmesi:

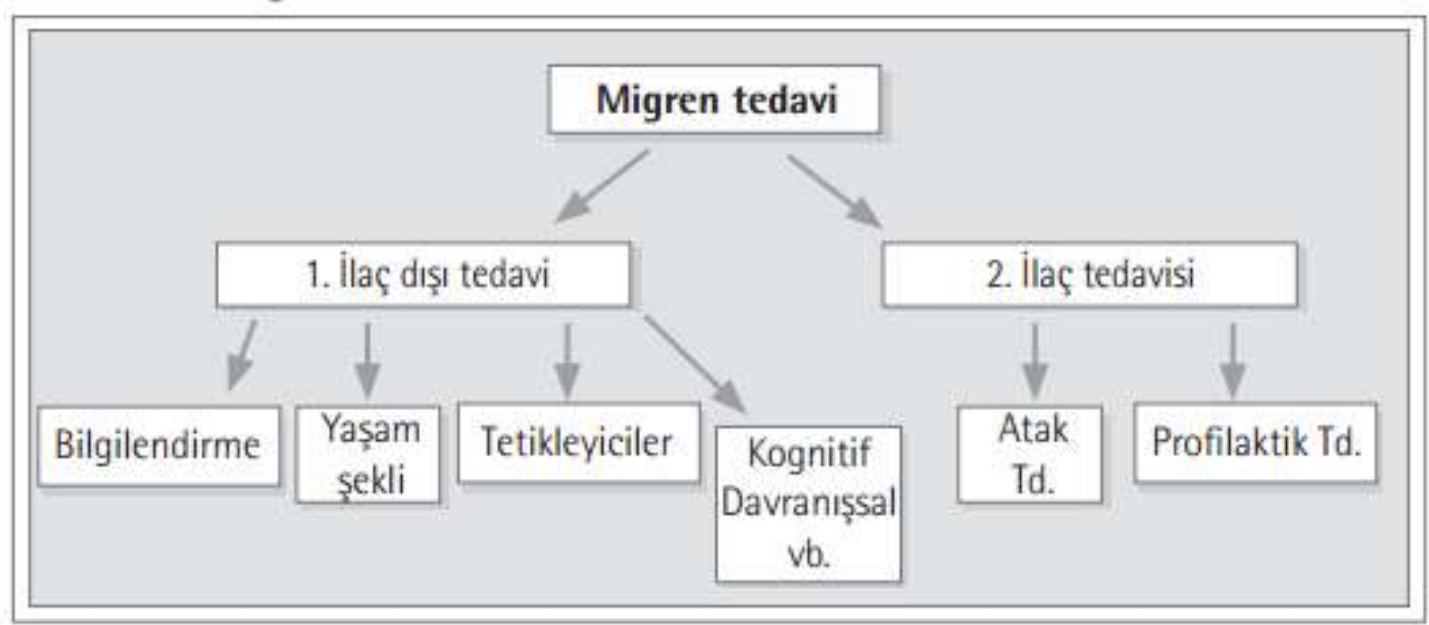
- Düzenli uyku ve beslenme
- Egzersiz
- Relaksasyon teknikleri

Tetikleyicilerin farkında olma ve kaçınma

- Diyet (Alkol, nitritler, aspartam, peynir)
- Çevresel faktörler (Parlaklık, hava değışiklikleri, yükseklik, koku)
- İlaçlar
- Hormonal faktörler (Menstruasyon, ovulasyon, oral kontraseptif)

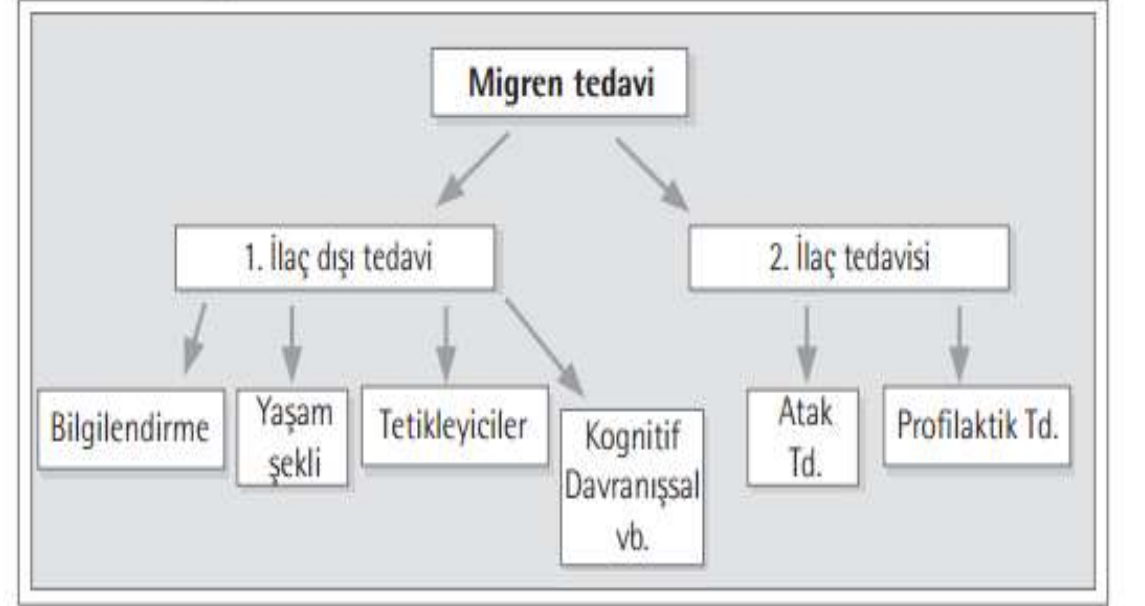
Biyofeedback

Kognitif davranışsal tedaviler



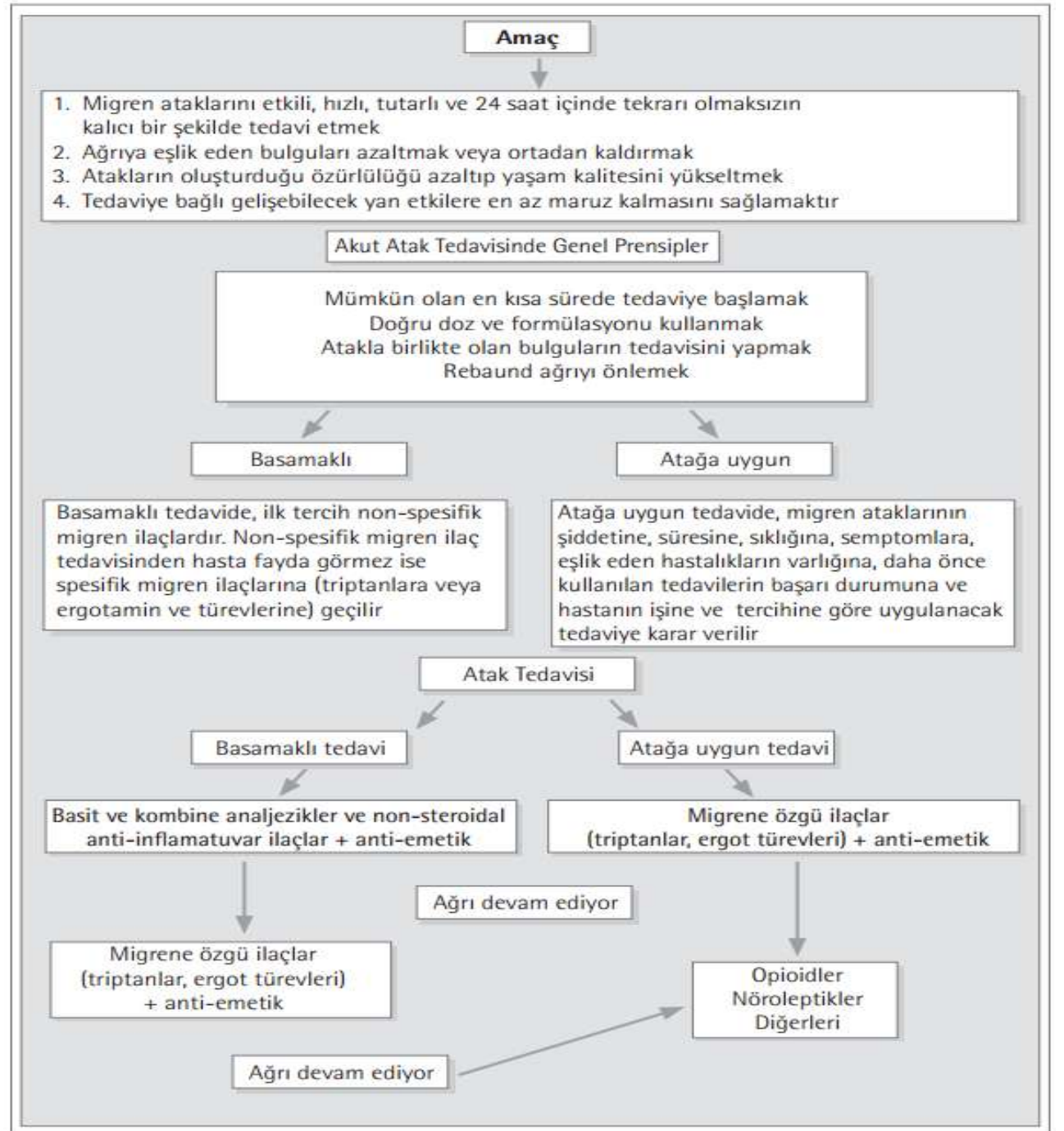
Migrenin İlaçla Tedavisi

İlaç tedavisi, akut atak ve profilaktik tedavi olarak iki alt gruba ayrılır.



Akut atak tedavisi

- Uluslararası Başağrısı Birliği'nin akut tedavi klinik çalışmaları için önerisi,
- 2 saat sonunda başağrısının sonlanması ve 24-48 saat süresince başağrısı ve eşlik eden diğer belirtilerin tekrarlamamasıdır.
- İlaç aşırı kullanımına başağrısından kaçınmak için akut atak tedavisin de
- Basit analjezikler ayda >15 tablet,
- NSAİ ve ergotamin türevleri ayda >10 tablet,
- Triptanlar ise ayda >9-10 tablet alınmamalıdır.



Migren atak tedavisinde kullanılan özgül olmayan ilaçlar

İlaç	Önerilen Doz	Etkinlik Düzeyi	Olası veya Sık Yan Etki	Tercih edileceği Komorbid Durum	Olumsuz Komorbid Durum veya Kontrendikasyon
Asetil salisilik asit	1000 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri, kanama eğilimi	Koroner arter hastalığı, geçici iskemik atak	Böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, peptik ülser, gastrit, kanamalı durumlar
Parasetamol (+Kafein)	500-1000 mg	?+	Nadir (karaciğer, kan ve deri)	Gebelik	Karaciğer hastalığı
Naproksen	550-1100 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Artrit ve diğer ağrılı durumlar	Ülser, gastrit
Metamizol oral ve İ.V.	1000mg	+	Hipotansiyon Agranülositoz,	-	Porfiri, kan diskrazileri, glikoz 6P dehidrogenaz eksikliği
Diklofenak	50-100 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Artrit ve diğer ağrılı durumlar	Ülser, gastrit, ürtiker, kolit, karaciğer ve böbrek yetmezliği
Flurbiprofen	100-300 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Romatizmal hastalıklar, dismenore	Renal ve hepatik fonksiyon bozukluğu, sıvı retansiyonu, ödem
İbuprofen	200-8000	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Romatizmal hastalıklar, dismenore	Renal ve hepatik fonksiyon bozukluğu, sıvı retansiyonu, ödem

Migren atak tedavisinde kullanılan özgül ilaçlar Triptan (selektif 5HT1B/1D agonistleri)

İlaç	Önerilen Doz	Etkinlik Düzeyi	Olası veya Sık Yan Etki	Tercih edileceği Komorbid Durum	Olumsuz Komorbid Durum veya Kontrendikasyon
Eletriptan (Oral)	40 mg	+++	Ateş basması, kırgınlık, halsizlik, asteni, sersemlik hali, baş dönmesi, bulantı, göğüste basınç, sıkıntı hissi ve ağrı	Yok	Baziler tip migren, hemiplejik migren, periferik arter hastalığı, Prinzmetal anjinası, kontrol edilemeyen hipertansiyon
Naratriptan (Oral)	2,5 mg	+			
Sumatriptan (Oral)	50-100mg	+++			
Sumatriptan (Subkütan)	6 mg	++++			
Sumatriptan (Nazal)	20mg				
Zolmitriptan (Oral, nazal)	2,5 mg	+++			
Rizatriptan	10 mg	+++			
Frovatriptan*	2,5 mg	++			

*Frovatriptan daha uzun etkilidir ve perimenstrüel migrende koruyucu tedavide kullanılabilir.

Spesifik selektif 5HT1B/1D agonistleridir.

Orta ve ağır şiddetteki migren ataklarında kullanılırlar.

Migren atak tedavisinde kullanılan özgül ilaçlar Ergotamin ve türevleri [ergotamin tartarat ve dihidroergotamin (DHE)]

İlaç	Doz/mg	Maksimum doz/atak	Yan etki	Kontrendikasyonları
Ergotamin tartarat + kafein + parasetamol	0,5-2	6 mg/atak 10 mg/hafta	Akut: Bulantı ve kusma krampları, tremor, angina pectoris, GI şikayetler, parestezi Kronik: Ekstremitelerde ağrı, periferik ve serebral vazokonstriksiyon, HT, taşikardi, renal bozukluk, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı	Gebelik, kontrolsüz HT, mitral stenoz, AV şunt, iskemik SVH Periferik damar hastalığı, karaciğer veya böbrek hastalığı, sepsis Dikkatli kullanım: Beta-blokerlerle

Ergotamin ve türevleri selektif olmayan 5-HT₁, alfa adrenerjik ve dopaminerjik aktivite gösterir.

Yan etkileri bağlandıkları reseptörlere göre değişir.

Triptanlara göre yan etkileri ve bağımlılık yapıcı etkileri fazladır.

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı sık görülür.

Orta ve ağır şiddetteki migren ataklarında etkinlikleri hafif veya orta derecededir.

Oral kullanımı olan ergotamin tartaratın kafein veya kafein ve asetaminofen ile birlikte olan formları mevcuttur.

Migren atak tedavisinde kullanılan özgül ilaçlar

Anti-emetik ilaçlar

İlaç	Doz/mg	Maksimum doz/atak	Yan etki	Kontrendikasyonları
Metoklopromid	10-20	20	Sedasyon, huzursuzluk, akatizi, akut distonik reaksiyonlar	Gebelik, epilepsi, çocuklar
Trimetobenzamid	100-200	800	Sedasyon, huzursuzluk, akatizi, akut distonik reaksiyonlar	Gebelik, epilepsi, çocuklar

Bulanti ve kusmanın eşlik ettiği ağrı atağında kullanılır.

Mide ve barsak hareketlerinde yavaşlamayı önleyip ve ilaç emilimini artırarak ağrı kesicilerin etkisini yükseltirler

Migren atak tedavisinde kullanılan özgül ilaçlar

Nöroleptikler

İlaç	Doz/mg	Maksimum doz/atak	Yan etki	Kontrendikasyonları
Klorpromazin	12,5-25	50	Hipotansiyon, taşikardi, aritmi, baş dönmesi, görme bozukluğu, istem dışı hareket bozuklukları	Hipotansiyon, epilepsi
Proklorbenazin	5	10	Sedasyon, huzursuzluk, akatizi, akut distonik reaksiyonlar	Gebelik, epilepsi, çocuklar
Haloperidol	5	10	Sedasyon, huzursuzluk, akatizi	Gebelik, çocuk hasta

Nöroleptikler; antiserotonerjik, antidopaminerjik ve alfa adrenerjik antagonist etkileri nedeniyle akut migren tedavisinde etkilidirler.

Hem bulantı hem de ağrı üzerine etkinlikleri nedeniyle tek başlarına veya kombine olarak kullanılabilir

Migren atak tedavisinde kullanılan özgül ilaçlar

Opioidler

İlaç	Doz/mg	Maksimum doz/atak	Yan etki	Kontrendikasyonları
Meperidin	50-150 IM veya IV	300	Hipotansiyon, bulantı, kusma, baş dönmesi, sedasyon, konstipasyon, konfüzyon ve kognitif bozukluk, solunum depresyonu, bağımlılık	Gebelik, kafa travması, solunum, karaciğer ve böbrek yetmezliği, MAO inhibitör kullanımı
Morfin	5-15	30		
Tramadol	Oral (50-100 mg), injektabl (100 mg) ve rektal (5 mg)			
Butorfanol	Nazal 1	2		

- Rutin migren tedavisinde yeri yoktur.
- Tedavideki etkinliği konusunda yeterli çalışmalar bulunmamaktadır.
- En önemli endikasyonları, iskemik kalp hastalığı olan ve triptanların veya ergotamin türevlerinin kullanımının kontrendike olduğu migrenlilerde atak tedavisidir.
- Migren statusu veya ilaçlara yanıt vermeyen ağrı ataklarında da kullanılabilirler.
- Bağımlılık oluşturma potansiyeli yüksektir

Profilaktik Tedavi

- Atak tedavisine yeterli cevap vermeyen ve/veya atak tedavilerinin yan etkilerinin tolere edilemez düzeyde olduğu,
- Ayda 5'den fazla sayıda migren atağı geçiren hastalarda
- Ayrıca 48 saatten uzun süren migren atakları,
- Hasta tarafından subjektif olarak dayanılmaz şiddette bulunan migren ağrıları
- Komplike migren atakları (hemiplejik migren, baziler migren, uzamış auralı migren, migrenle ilişkili infarkt gibi nadir durumlar)
- Migrene bağlı kayıpların (işgücü, sosyal yaşam) yani kısıtlılığın düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi de profilaksi indikasyonudur.

Migren profilaksisinde ilaç seçiminde komorbittenin rolü

Komorbid durum	Etki	Profilaksi seçimi
Migren + hipertansiyon	☺	Beta-bloker, kalsiyum kanal blokeri
Migren + anjina	☺	Kalsiyum kanal blokeri
Migren + stres	☺	Beta-bloker
Migren + depresyon	☺ ☹	Trisiklik antidepresan, SNRI Beta-bloker
Migren + insomni	☺	Trisiklik antidepresan
Migren + epilepsi	☺ ☹	Topiramet Trisiklik antidepresan, valproat*
Migren + tremor	☺ ☹	Beta-bloker, gabapentin Valproat
Migren + parkinsonizm	☹	Kalsiyum kanal blokeri
Migren + obezite	☹ ☺	Valproat, flunarizin, amitriptilin Topiramet
Migren + astım	☹	Beta-bloker
Migren + Raynaud fenomeni	☹	Beta-bloker
Migren + yaşlı hasta	☹	Trisiklik antidepresan, kalsiyum kanal blokeri
Migren + zayıf beden	☹	Topiramet, beta-bloker
Migren + dikkat gerektiren iş	☹	Trisiklik antidepresan, topiramet
Migren + karaciğer hastalığı	☹	Valproat
Migren + glokom	☹	Topiramet
Migren + böbrek taşı	☹	Topiramet

* valproat doğurganlık çağında kadın olgularda kesinlikle kullanılmamalıdır

MİGREN PROFLAKSİSİNDE BAŞARISIZLIĞIN NEDENLERİ

Etkisiz ilaç,

Aşırı başlangıç dozu,

Yetersiz devam dozu

Yetersiz tedavi süresi,

Hastanın gerçekçi olmayan yüksek beklenti düzeyi,

Tedaviyi zorlaştıran diğer hastalıkların varlığı,

Atak tedavisinde kusma olduğu halde oral yolla uygulama,

Bulantı ve gastrik staz olan olgularda önce anti-emetik verilmemesi,

İş verimi çok düştüğü halde basit analjeziklerle yetinilmeye çalışılması,

Kombine analjeziklerin ve Ergo preparatlarının yoğun kullanımı.

Migren Tedavisinde Yenilikler

Migren atak tedavisi	Profilaktik tedavi	Girişimsel tedaviler
Spesifik migren ilaçları - Ergo preparatları - Triptanlar-migren tedavisinde ikinci devrim - CGRP antagonistleri (?) - CGRP ve/veya reseptör blokörü MAb'lar vb. Spesifik olmayan migren ilaçları -Basit ve kombine analjeziklere ek olarak yeni NSAİİ'ler	- Beta-blokörler ve Ca kanal blokörler - Pizotifen - ACE inhibitörleri - Montelukast vb. - Yeni kuşak antidepresif bazı ilaçlar (<i>venlafaksin-duloksetin</i>) - Bazı antikonvülsanlar (<i>VA-topiramet vb.</i>) - Bazı monoklonal antikörler/Mab'lar ? (<i>erenumab, fremanezumab</i> ≥15 ay=4-5/ay) - Onobotulinum toksin A uygulamaları	- Sinir blokajları - Cerrahi girişimler??? - Nöromodülasyon-stimülasyon tedaviler - TMS - TENS - eTNS - VNS

CGRP: Kalsitonin geni ile ilişkili peptid, MAb: Monoklonal antikörler, NSAİİ: Non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar, TMS: Transkraniyal manyetik stimülasyon, TENS: Transkütanöz elektrik stimülasyonu, eTNS: Eksternal trigeminal sinir stimülasyonu, VNS: Vagal sinir stimülasyonu, ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

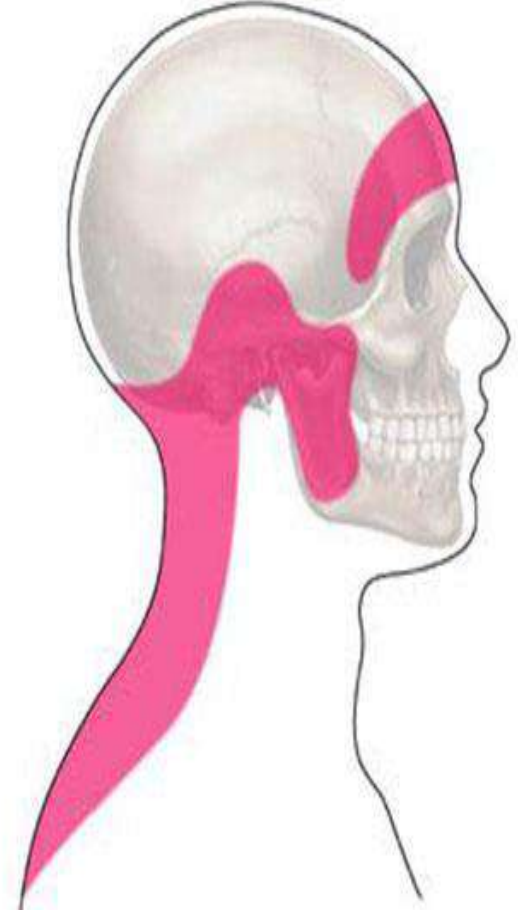
GERİLİM TİPİ BAŞAĞRILARI

- Primer başağrıları içinde en sık karşılaşılan tip
- Ülkemizde yıllık prevalansı yaklaşık %32
- Görece daha hafif başağrılarına neden olduklarından hekime başvuruda daha geri plandadır.
- Sıklıkla 20 yaş civarında başlar.
- Kadınlarda biraz daha sık görülür.
- Lokalizasyonu değişkendir ve semptomları aynı hastada bile tek tip değildir.
- GTB'li olguların %10 kadarında başağrısı zonklayıcı gibi hissedilebilir ve başka olgularda tek yanlı ağrı olabilir.
- Kaslarda gerginlik %80 olguda saptanır ve hastalar sıklıkla dikkat eksikliğinden yakınırırlar.
- Depresif ruh durumu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve diğer yakınmalar eşlik edebilir.
- Bazı hastalarda fibromiyalji ve miyofasyal ağrı sendromu birlikteliği vardır.

GERİLİM TİPİ BAŞAĞRILARI

Muhtemel ağrı alanları

- sırt ve boyun
- kafa tabanı
- kulaklar
- şakaklar
- çene eklemleri
- göz küreleri üzeri ve alın



GERİLİM TİPİ BAŞAĞRILARI

1.2. Seyrek epizodik gerilim tipi başağrısı

A-C kriterlerine uyan, 30 dakikadan uzun ve 7 günden kısa süreyle, ayda ortalama 1 günden (yılda 12 günden) az olan, en az 10 başağrısı atağı gereklidir.

2.2. Sık epizodik gerilim tipi başağrısı

A-C kriterlerine uyan, 30 dakikadan uzun ve 7 günden kısa süreyle, 3 aydan uzun süredir ayda ortalama 1-14 gün olan, en az 10 başağrısı atağı gereklidir.

2.3. Kronik gerilim tipi başağrısı

A-C kriterlerine uyan, saatler ya da günler süren ya da hiç geçmeyen başağrısının, 3 aydan uzun süredir ayda 15 gün veya daha fazla olması gereklidir.

- A. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi:
1. Bilateral lokalizasyonda
 2. Baskılı veya sıkıştırıcı karakterde
 3. Hafif veya orta şiddette
 4. Rutin fiziksel aktivite ile kötüleşme yok
- B. Aşadaki özelliklerden ikisi:
1. Bulantı veya kusma yok
 2. Fotofobi veya fonofobi bulgularından en fazla biri var
- C. Sınıflamada yer alan başka bir başağrısı tanısına uymamaktadır

Gerilim Tipi Başağrısında Patofizyoloji

- Patofizyoloji de miyofasyal tetik noktalar ve santral nosiseptif bozukluk zemininde gelişen periferik ve santral sensitizasyon temel mekanizmalar olabilir.
- Duyarlılığı artmış perikranyal miyofasyal dokulardan gelen nosiseptif uyarı üst servikal sinirler ve kaudal trigeminal nükleusta sensitizasyona yol açar.
- Santral sinir sisteminin ağrı modülasyonun bozulması GTBA ile sonuçlanır.

Gerilim Tipi Başağrısında Tedavi

Seyrek epizodik GTBA

- Bireyi fazla etkilemez, çok fazla tıbbi profesyonel yardım gerektirmez.
Atak
- tedavisi kullanılabilir.

Sık epizodik GTBA

- Disabiliteye, bireysel ve sosyo-ekonomik kayıplara neden olur. Akut ve proflaktik tedavide ilaçlara gereksinim olabilir.

Kronik GTBA

- Yaşam kalitesini daha büyük oranda azaltan ve yüksek disabiliteye neden olan alt tipidir, proflaksi gerekir.

GTBA Akut atak tedavisi

- Basit analjezikler ve nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar epizodik GTBA tedavisinde tavsiye edilir.
- Kafein, kodein ve fenobarbital içeren kombine analjezikler ikincil seçimdir.
- Triptanlar, kas gevşeticiler ve opioidler kullanılmamalıdır.
- İlaç aşırı kullanım başağrısı gelişmesini önlemek için analjeziklerin aşırı doz ve sıklıkta kullanımından kaçınmak esastır.
- Akut tedaviler haftada iki günden fazla kullanılmamalıdır.

Tablo 1. Akut atak tedavisinde önerilen ilaçlar ve dozları

Basit analjezikler

ASA 500-1000 mg

Parasetamol 500-1000 mg

Metamizol 500-1000 mg

Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar

İbuprofen 200-800 mg

Naproksen sodyum 275-550 mg

Ketoprofen 12,5-50 mg

Diklofenak 12,5-100 mg

COX-2 inhibitörleri 200-400 mg

Kombinasyonlar

ASA + kafein

Parasetamol + kafein

ASA + parasetamol + kafein

ASA + kafein + fenobarbital

Kas gevşeticiler

Etkili değildir, etkin bir doz yoktur

GTBA İlaç dışı ve girişimsel tedaviler

- GTBA heterojen bir sendromdur.
- Patogenez çok sayıda faktöre bağlıdır.
- Alt kategorilere göre ve hastadan hastaya değişebilir.
- Bu nedenle GTBA hastalarında farklı tedavi stratejileri gerekebilir.
- İlaç dışı tedavilerde bilimsel veriler yetersiz olmakla birlikte tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.

Tablo 2. İlaç dışı yöntemler

Psikolojik ve davranışsal teknikler

Relaksasyon egzersizleri

EMG biofeedback

Stresle mücadele yöntemleri

Diğer nonfarmakolojik tedaviler

Fizik tedavi (egzersiz, masaj, TENS, sıcak veya soğuk uygulama)

Akupunktur

Oromandibuler tedaviler

GTBA Proflaktik tedaviye geçiş

- • Başağrısı süresi 4 saatten uzunsa
- Eđer GTBA;
- • Haftada iki günden daha sık ortaya çıkıyorsa
- • Günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa yol açıyorsa
- • Atak tedavisi ilaçlarının aşırı kullanımını varsa
- Atakta kullanılan ilaçlara duyarlılık veya kontrendikasyon mevcutsa

Proflaktik tedaviye geçilmesi gerekir

Tablo 3. Profilaktik ilaç tedavisi

Antidepresan ilaçlar
Trisiklik antidepresanlar
Amitriptilin 10-75 mg
SNRI'ler
Venlafaksin 75-150 mg
Duloksetin 30-60 mg
SSRI'ler, tetrasiklikler ve diđerleri
Mirtazapin 30 mg
Klomipramin 25-150 mg
Maprotilin 25-75 mg
Mianserin 30-60 mg

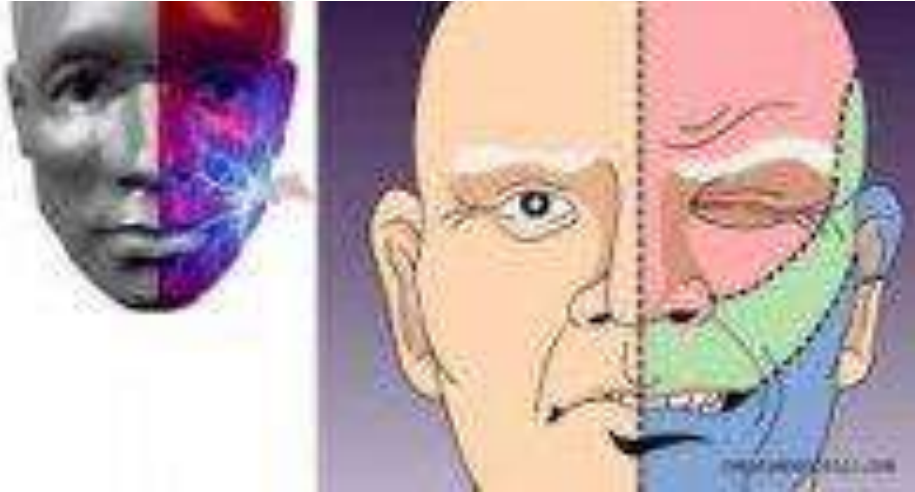
Trigeminal otonomik sefalaljiler (TOS)

- Trigeminal sinir dağılımına uyan bölgede başağrısı ve bununla birlikte kranyal otonomik aktivasyon ile karakterize bir dizi başağrısı sendromundan oluşur.
- En sık görülen tipi küme başağrısıdır.
- TOS için ortak özellikler ağrının çok şiddetli oluşu, her zaman tek yanlı oluşu, otonomik belirtilerin atağa mutlaka eşlik etmesi (gözde yaşarma, kızarma, şişme, burunda o yanda tıkanma veya akıntı, alında veya yüzde terleme gibi), hergün veya gün aşırı oluşu ve önceki sayılan başağrılı durumlara göre kısa süreli oluşu ve aynı gün içinde tekrarlayabilmeleridir.
- Ağrı yerleşimi ve karakteri tüm TOS için benzer olabilmekle birlikte, ağrı süreleri ve tekrarlama sayıları en ayırdedici özellikleridir.

Trigeminal Otonomik Sefalajiler (TOS)



sakaryanoroloji.com



3. Trigeminal otonomik sefalajiler (TOS)

3.1. Küme başağrısı

3.1.1. Epizodik küme başağrısı

3.1.2. Kronik küme başağrısı

3.2. Paroksizmal hemikranya

3.2.1. Epizodik paroksizmal hemikranya

3.2.2. Kronik paroksizmal hemikranya

3.3. Kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı atakları

3.3.1. Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı (SUNCT)

3.3.1.1. Epizodik SUNCT

3.3.1.2. Kronik SUNCT

3.3.2. Kranyal otonomik semptomların eşlik ettiği kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı (SUNA)

3.3.2.1. Epizodik SUNA

3.3.2.2. Kronik SUNA

3.4. Hemikranya continua

3.4.1. Hemikranya continua, remisyonlu alt tip

3.4.2. Hemikranya continua, remisyonlu alt tip

3.5. Olası trigeminal otonomik başağrıları

3.5.1. Olası küme başağrısı

3.5.2. Olası paroksizmal hemikranya

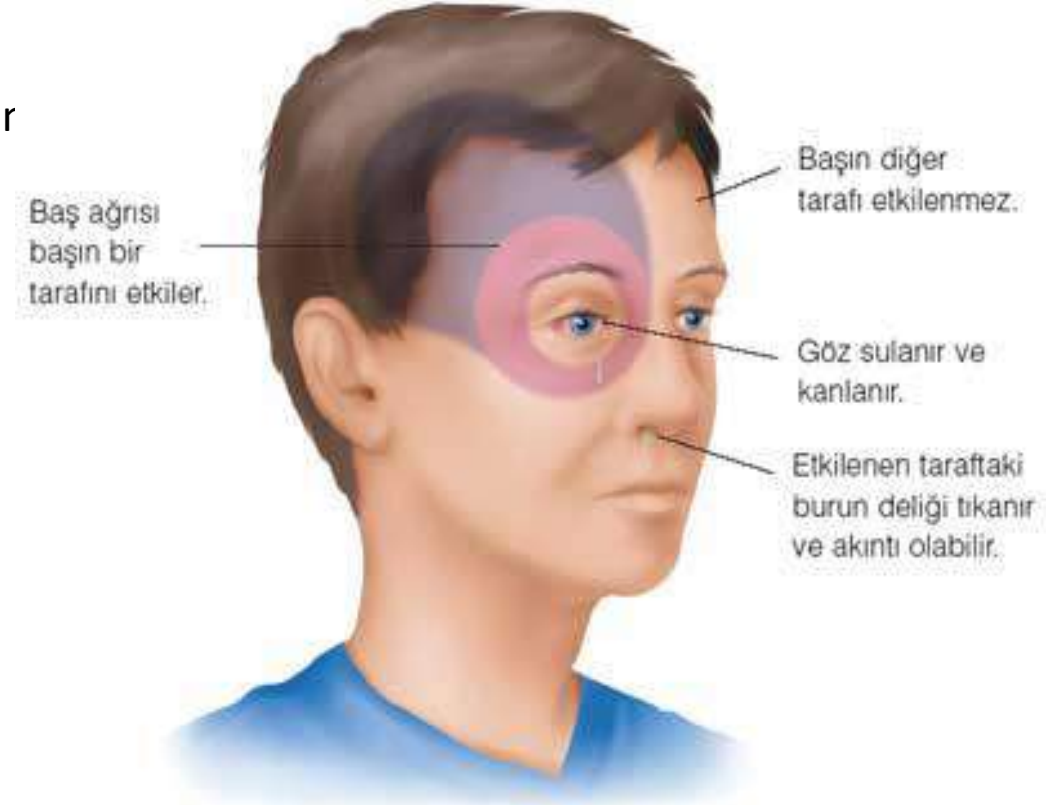
3.5.3. Olası kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı atakları

3.5.4. Olası hemikranya continua

Trigeminal otonomik sefalaljiler (TOS)

Küme tipi başağrısı (KBA)

- Küme başağrısı, gerilim ve migren başağrısından sonra en sık görülen primer başağrısıdır.
- Otonomik sefalaljiler içerisinde en uzun süreli olanı olup ataklar 15 dakika ile 3 saat arası sürebilir ve gün aşırı bir kez ile günde 8 kez arasında değişen sıklıkta gelebilir.
- Her yaşta rastlanmakla birlikte daha yaygın olarak 20-40 yaş arası ortaya çıkmaktadır.
- Çocuklarda ve yaşlılarda çok seyrek görülür, erkeklerde ve sigara içenlerde daha siktir.
- Ağrının tipik özellikleri tek taraflı, çok şiddetli ve migrene göre kısa süreli olmasıdır.
- Maksimum şiddete dakikalar içinde ulaşır.
- Lakrimasyon, konjoktival hiperemi, rinore, Horner sendromu gibi kraniyal otonomik semptomların ipsilateral ve ağrıyla simultane olması zorunludur (huzursuzluk ve ajitasyon da bunların yerini alabilir).
- Küme başağrısı olarak adlandırılmasının nedeni periyodik şekilde ortaya çıkmasıdır.



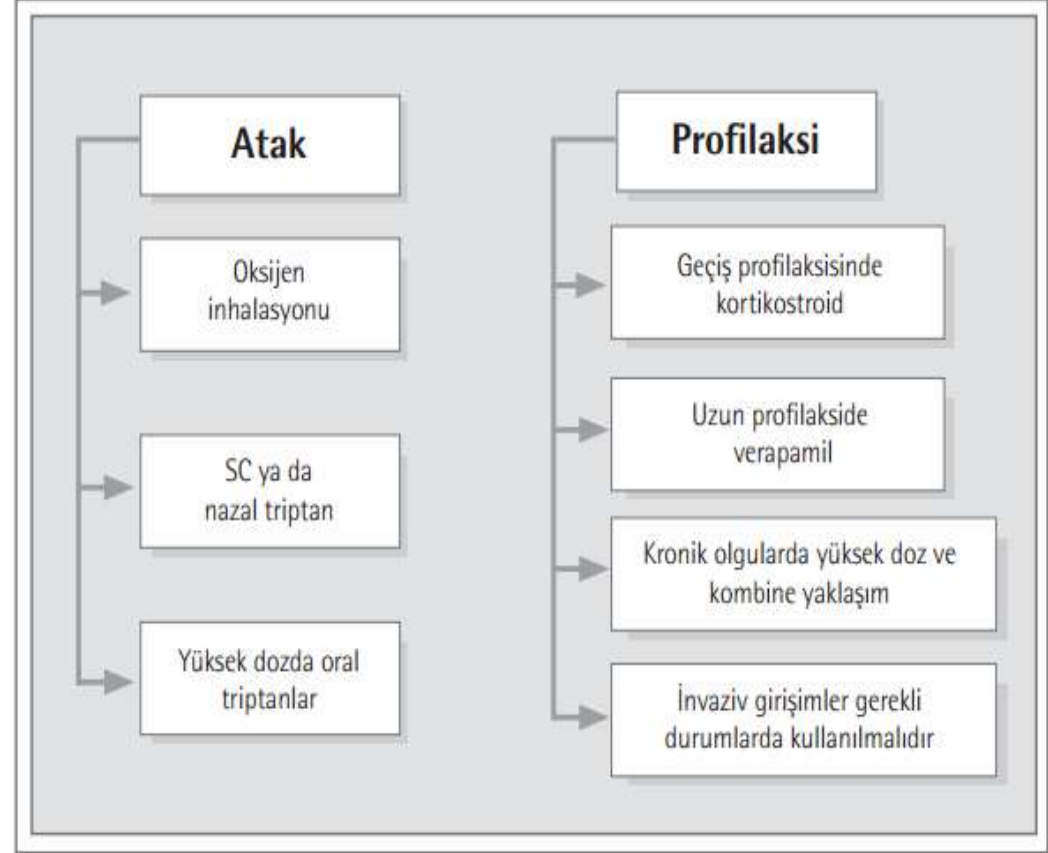
Trigeminal otonomik sefalaljiler (TOS)

Küme tipi başağrısı (KBA)

- Küme başağrılarında diğer primer başağrılarına göre ikincil nedenler daha sık görölmektedir (%3-5).
- Patofizyolojide trigeminal parasempatik refleksin aktive olarak sekonder kranyal sempatik disfonksiyona neden olduđunu ve hipotalamusun nosiseptif ve otonom yollara modölatör rolü üzerinde durulmaktadır.

Küme başağrısı tedavisi

- Tetikleyici etmenlerden uzaklaşılması,
- Akut atak tedavisi,
- Kısa ve uzun süreli proflaktik tedavi
- Cerrahi tedavi



İlaç dışı tedaviler

- Alkol, nitrogliserin, egzersiz, çevre sıcaklığının yüksekliği akut küme ataklarının presipitanlarıdır.
- Alkol ve sigara tüketimini azaltmaları, kesmeleri;
- Sigara içilen kapalı,havasız yerlerden uzaklaşmaları;
- Temiz havalı ve serin yerleri tercih etmeleri
- Gündüz uykularından kaçmaları alabilecekleri basit ama önemli önlemlerdir.

Atak tedavisi

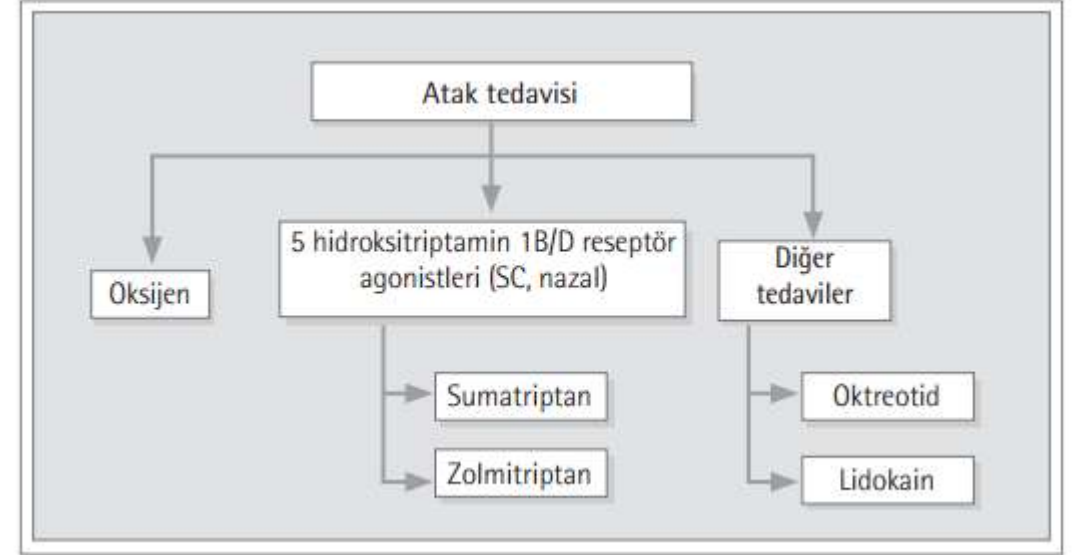
Oksijen tedavisi

- Geri solumaya izin vermeyen yüz maskesi ile 15-20 dakika süreyle dakikada 7-12 lt, %100 O₂ solutulmasının hastaların yaklaşık üçte ikisinde etkili olduğu gösterilmiştir.
- Etki 5-10 dakika içinde başlamakta ve atakların %70'inde etki olmaktadır.
- Yan etkisi ve kontrendikasyon yoktur, günde çok kez verilebilir.
- Pratik olmaması ve rebound etki oluşturabilmesi (1-2 saat sonra ağrı geri dönebilir) olumsuz yanlarıdır.

5 hidroksitriptamin 1B/D agonistleri

- Hızlı etki eden SC enjektabl form ilk seçenektir.
- Nazal uygulanabilen preparatlar daha az etkili olmakla birlikte kullanılabilir.

Diğer tedaviler



Proflaksi tedavisi

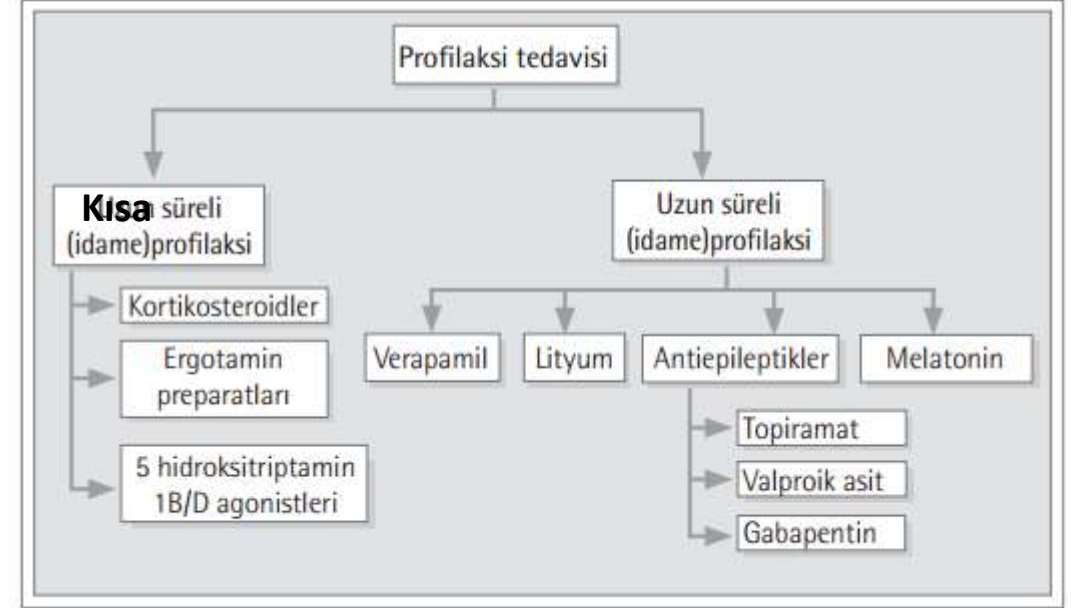
- Proflaksi tedavilerinde kanıta dayalı ve uzman görüşü arasındaki uyumsuzluklar nedeniyle Avrupa ve Amerika rehber önerilerinde farklılıklar mevcuttur.
- Proflakside en az beklenen küme periyodu süresince ilaçlara devam edilmeli, son küme atağından 3 hafta sonrasında azaltılarak kesilmelidir.

Kortikosteroidler

- Kısa süreli proflakside etkinliği en iyi bilinen ve en sık kullanılan ilaçlardır

Verapamil

- Hem epizodik, hem kronik küme başağrısında ilk seçenektir



Nöromodülasyon ve diğer cerrahi tedaviler

GON blokajı

- • Atakları azaltır
- • Cerrahi düşünülen hastalarda öncelikle denenmelidir

Cerrahi tedaviler

- • Farmakolojik tüm seçenekler kullanıldıktan sonra gelir
- • Stimülatör yaklaşımı vardır, destrüktif prosedürün yeri yoktur
- • Çok dikkatle hasta seçimi yapılmalıdır
- • Ciddi morbiditesi hatta mortalitesi vardır (posterior fossa yaklaşımı)
- • trigeminal sensöriyel rizotomi gibi)

Nöromodülasyon yöntemleri

Eve götürülecek mesaj

Özellik	Migren	Gerilim tipi BA	Küme tipi BA
Başlangıç (yaş/cinsiyet)	En sık adolesan dönem Kadınlarda daha sık Aile öyküsü (+)	Başlangıç yaşı değişken Kadınlarda daha sık	20-50 yaş E:K oranı 3:1
Sıklık	1-2atak/ay,daha sık olabilir Sıklıkla menses dönemi	Epizodik tip: <15gün/ay Kronik tip: >15 gün/ay	Gece veya gündüz/ 6-12 haftalık süreler Ağrısız periyod aylar-yıllar sürebilir
Tetikleyici faktörler	Stres, az/fazla uyku, hormonal değişiklik, kafein, kırmızı şarap Gıda: çikolata, peynir, nitrat	Yorgunluk Stres	Alkol
Lokalizasyon	Tek> iki taraflı %40 bifrontal	Bilateral Boyun ve oksipital bölgede	Tümü tek taraflı Temporal veya orbital
Ağrı özellikleri	Giderek şiddetlenir Pulsatil ağrı Orta-şiddetli ağrı Karanlık ve sessiz ortam ihtiyacı	Basınç-sıkışma tarzında Azalıp artan şiddette Aktivitesine devam edebilir	Hızlı başlangıçlı dayanılmaz ağrı; “suicide headache” Yoğun ve sürekli bir ağrı (nonpulsatil) Hareket etme ihtiyacı
Süre	4-72 saat	Dakika-günler	30 dak-3 saat (ort. 45-90dak)
Eşlik eden semptomlar	Bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi +/- aura(vizüel, konuşma yetisi ve motor defisit)	Yok	İpsilateral parasempatik aşırı aktivite (ptozy, miyoz, lakrimasyon, konjonktival kızarıklık) Rinore, nazal konjesyon Yüzde flaşing, şişme

SABRINIZ İÇİN
TEŞEKKÜRLER

