

BAŞAĞRILI HASTADA TANI VE TETKİKLER

Baş ağrısı ile başvuran hastaların tanısında esas hastanın hikayesi oluşturmaktadır. Hastalara yeterli zaman ayırıp, yakınmalarının doğru değerlendirilerek, tanı yanlışlıkları ve gereksiz tetkiklerden kaçınmak mümkündür. Baş ağrılı hasta değerlendirilirken ilk basamak, baş ağrısının primer veya sekonder olup olmadığının ayırımıdır.

Baş ağrılarının sınıflandırılması: Uluslararası Baş ağrısı Derneği tarafından 2004 yılında yayınlanan baş ağrılarını sınıflaması ana başlıklar olarak aşağıda verilmiştir:

A. Primer baş ağrıları

1. Migren
2. Gerilim-tipi baş ağrısı
3. Küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrıları

B. Sekonder baş ağrıları

5. Baş ve/veya boyun travmasına bağlanan baş ağrıları
6. Kranial ya da servikal damarsal bozukluklara bağlanan baş ağrısı
7. Damarsal olmayan kafaiçi bozukluklarına bağlanan baş ağrısı
8. Madde (kullanımı) ya da kesilmesine bağlanan baş ağrısı
9. Enfeksiyona bağlanan baş ağrısı (sinir sistemi veya sistemik)
10. Homeostazis bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
11. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ya da diğer yüz veya kranial yapılara bağlanan baş ağrısı ya da yüz ağrısı
12. Psikiyatrik bozukluklara bağlanan baş ağrısı

C. Kranial nevralfiler, santral ve primer yüz ağrısı ve diğer baş ağrıları

13. Kranial nevralfiler ve santral yüz ağrısının nedenleri
14. Diğer baş ağrısı, kranial nevralfi, merkezi veya primer yüz ağrısı

Primer baş ağrıları, merkez sinir sisteminin veya diğer sistemlerin hastalıkları ile ilişkili olmaksızın, ortaya çıkan baş ağrılarıdır. Baş ağrılı hastaların yaklaşık % 90'ının üzerindeki kısmını primer baş ağrıları oluşturmaktadırlar.

Sekonder baş ağrıları, sinir sistemini veya diğer sistemleri tutan hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkan baş ağrılarıdır. Sekonder baş ağrılarının kendine özgü bir tipi yoktur, her türlü primer baş ağrısını taklit edebilirler.

Sekonder başağrılarında;

- Yakın zamansal ilişki içinde ortaya çıkan, gösterilebilir bir nedene ait kanıtlar vardır
- Baş ağrısı, altta yatan bozukluğun başarılı tedavisi veya kendiliğinden düzelmesi sonrası 3 ay (bazı hastalıklarda daha kısa da olabilir) içinde büyük oranda azalır veya geçer. Beyin tümörü gibi progressif olaylarda başarılı ya da başarısız tedaviye rağmen 3 ay içinde geçmeyebilir

Hikayede sekonder baş ağrısını düşündüren özellikler:

- Baş ağrısının 10 yaşından önce, 50 yaşından sonra başlaması
- Son 6 ay içinde başlamış olması veya karakter, sıklık ve şiddet gibi özelliklerinde değişiklik göstermesi
- Günler içinde ilerleyici seyretmesi ve tedaviye yanıt vermemesi
- Yeni başlayan baş ağrısının akut ve şiddetli özellikte olması
- Kişinin yaşamındaki “en şiddetli ağrı” olarak tanımlanması
- Hamilelik döneminde veya doğum sonrası ortaya çıkması
- Fiziksel aktivite, ıkınma veya öksürmekle artması
- Vücut ve baş pozisyonu ile ilişkili olması
- Başlangıç yaşı ve klinik özelliklerin tanımlanan baş ağrısı için tipik olmaması
- İlerleyici ve tedavi edilemeyen kusmanın olması

Hastanın muayenesinde:

- Ateş, ense sertliği
- Epileptik nöbetlerin varlığı
- Fokal nörolojik bulgu
- Bilinç bozuklukları veya senkop
- Göz dibi bulguları (papilödem, subhyaloid hemoraji)
- Halsizlik, kilo kaybı ve sistemik bir hastalığın varlığı
- Uyku bozukluğuna neden olan bir hastalığın olduğu durumlarda sekonder baş ağrısı düşünülmelidir.

Primer veya sekonder baş ağrıları değerlendirilirken:

1. Ağrının sürekli veya tekrarlayıcı oluşu göz önüne alındığında düşünülebilecek tanılar:

A. Sürekli baş ağrıları (Kronik günlük baş ağrısı)

- Kronik migren
- Kronik gerilim-tipi baş ağrısı

- Yeni ortaya çıkmış kalıcı günlük başağrısı
- Hemikraniya kontünya

B. Tekrarlayıcı başağrıları

a. Ağrı atakları saatler-günler sürenler

- Migren (4 saat [çocuklarda alt sınır:1saat] - 3 gün)
- Episodik gerilim-tipi başağrısı (30 dak - 7 gün)
- Primer gök gürültüsü (patlayıcı tip) başağrısı (1 saat- 10 gün)

a. Ağrı atakları dakikalar-saatler sürenler

- Küme başağrısı (15 dak-180 dak)
- Hipnik başağrısı (>15 dak)

b. Ağrı atakları saniyeler-dakikalar sürenler

- Paroksizmal hemikranya (1-30 dak)
- Kısa süreli tek taraflı otonom belirtili nevralkjiye benzer başağrısı (5-240 sn)
- Primer öksürük başağrısı (1sn-30 dak)
- Primer saplanma başağrısı (1- 3 sn)
- Kranial nevralkjiler (trigeminal nevralkji) (1sn'den kısa-2 dak)

2. Otonom belirtilerin eşlik ettiği primer başağrıları:

Basağrısı ile birlikte göz yaşarması, gözde kızarma, yüzde terleme renk değişikliği, göz kapaklarında şişme, miyozis, pitozis, burun tıkanıklığı ve akıntısı gibi otonom belirtilerden biri veya bir kaç varsa aşğıdaki tanılar düşünölmelidir.

- Küme başağrısı ve diğer trigemino-otonomik başağrıları
- Hemikraniya kontünya

3. İleri yaşlarda görölebilen başağrıları:

İleri yaşlarda başlayan başağrıları, primer olabilir de, sekonder olma ihtimalinin yüksek olması açısından dikkatle ele alınmalıdır.

a. Primer başağrıları:

- Hemikraniya kontünya (ort. 50 yaş)
- Hipnik başağrısı (ort. 60 yaş)
- Kısa süreli tek taraflı otonom belirtili nevralkjiye benzer başağrısı (ort. 50 yaş)
- Primer öksürük başağrısı (genellikle 40 yaş sonrası)
- Migren, %2 kadar hastada 65 yaşından sonra ortaya çıkabilir.
- Gerilim başağrısı, % 10 kadar hastada 50 yaşından sonra görölebilir

b. Sekonder başağrıları:

- Temporal arterit
- Vasküler nedenlere bağlı
- Kafa içi basınç artış sendromu
- İlaçlara bağlı başağrıları

Primer başağrıları ve klinik özellikleri**1. Migren:**

1.1 Aurasız migren

1.2 Auralı migren

1.3 Sıklıkla migren öncülü olan çocukluk çağı periyodik sendromları

1.4 Retinal migren

1.5 Migren komplikasyonları

- Migren başağrısı ataklar halinde ortaya çıkar. Erişkinlerde 4-72 saat sürebilir
- Genellikle başın bir yarısında lokalizedir, ancak bilateral de olabilir. Ağrı enseden veya göz çevresinden başlayarak yayılır. Sıklıkla zonklayıcı özelliindedir.
- Orta veya şiddetli derecede olabilir ve fiziksel aktiviteler ağrının şiddetini artırır. Kişinin günlük aktivitelerini sürdürmesini kısıtlar veya engeller.
- Bulantı ve/veya kusma olur. Işık, ses ve kokudan rahatsızlık ağrıya eşlik eder
- Migren başağrılarının % 80-85'ini aurasız ve % 10-15'ini auralı migren oluşturur. Aura, başağrısı ataklarında ağrı döneminden önce (nadiren ağrı dönemi sırasında veya sonrasında), dakikalar içinde yavaş olarak gelişen (5-20 dak) ve 60 dakikadan kısa süre içinde kaybolan geçici fokal nörolojik semptomlardır.
- Aura semptomları, görsel, duysal, motor, lisan ve beyinsapı bozukluklarını içerir.
- Migren atağından, ağrı öncesi (prodrom) veya sonrası (postdrom) dönemde bazı davranış ve ruhsal durum değişiklikleri olabilir.
- Aurasız ve auralı migren dışında, sıklıkla migren öncülü olan çocukluk çağı periyodik sendromları, retinal migren ve migren komplikasyonları (kronik migren-15 gün/ay üzerinde atak, migren statusu-72 saatten uzun süren ağrı) gibi daha seyrek görülen migren tipleri de vardır.

2. Gerilim-tipi başağrısı

Gerilim-tipi başağrısının genel özellikleri:

- Toplumda en sık görülen başağrısı tipidir.

- Ağrı genellikle yaygın iki taraflı oksipital veya frontal bölgede belirli, bazen çember gibi başı sarar özelliindedir.
- Künt, sıkıştırıcı tarzdadır, hafif veya orta şiddette olabilir
- Fiziksel ve günlük aktiviteyi engellemez
- Bulantı ve kusma gibi ağrıya eşlik eden bulgular genellikle yoktur.
- Fotofobi veya fonofobi gibi semptomlardan biri eşlik edebilir.
 - Seyrek episodik (ayda 1 günden az),
 - Sık episodik (ayda 15 günden az, 30 dak- 7 gün süren ataklar)
 - Kronik (ayda 15 gün veya daha fazla süreklilik gösteren, saatler süren veya devamlı olan) gerilim-tipi başağrısı olmak üzere 3 tipi vardır.

3. Küme başağrısı ve diğer trigemino-otonomik başağrıları

- Küme başağrısı (episodik ve kronik küme başağrısı), Paroksizmal hemikraniya, Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı atakları (SUNCT) olmak 3 tiptir.

2.1 Küme başağrısı

- Toplumda görülme sıklığı yaklaşık % 0,4 tür. Erkeklerde daha siktir.
- Haftalar veya aylar süren ağrılı dönemleri aylar veya yıllar süren ağrısız dönemler izler. Küme başağrısının (%85 kadarı) episodik ve bir aydan fazla ağrısız dönemlerin olmadığı (%15) kronik form olmak üzere iki tipi vardır. Bu iki form birbirine dönüşüm gösterebilir.
- Günde 1-8 kez tekrarlayan, sıklıkla gece uykudan uyandıran bir ağrıdır.
- Aynı küme döneminde her zaman ve diğer küme dönemlerinde de çoğu zaman aynı göz çevresinde / orbital, supraorbital ve/veya temporal bölgede ağrı lokalize olur.
- Ağrı çok şiddetli, batar, oyulur özelliindedir. Ortalama 1 saat (15-180 dak) sürer.
- İpsilateral otonomik bulgular (ipsilateral konjunktival kanlanma ve/veya göz yaşarması, gözde batma - iğnelenme hissi, nasal konjesyon ve/veya burun akıntısı, göz kapağı ödemi, alın ve yüzde terleme, miyozis ve/veya pitozis eşlik eder.

2.2 Paroksizmal hemikraniya

- Ağrı süreleri küme başağrısına göre kısa süreli (2-30 dak) ve günde 5 veya daha fazla 30-40/gün olabilir.
- Ağrının özellikleri, eşlik eden belirtiler ve bulgular küme başağrısı ile benzer özelliindedir.

- Kadınlarda daha sıktır
- İndometasin tedavisine çok iyi yanıt verirler.
- bir aydan fazla süren ağrısız dönemlerin olmadığı kronik formu da vardır.

2.3 Konjunktival kızarıklık, yaşarma, kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı atakları (SUNCT – Short lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing)

- Trigemino-otonomik başağrılarından çok daha kısa süreli ve daha sık, tek yanlı ağrı atakları ile belirlenir.
- Aynı taraftaki gözde çok sıklıkla belirgin göz yaşarması ve kızarıklıkla birlikte batma/iğnelenme eşlik eder.
- Küme ve diğer otonom sefaljilerin ayırıcı tanısı tablo 1 de özetlenmiştir.

Tablo 1. Küme ve diğer otonom başağrıları

Özellikler	Küme	Paroksizmal hemikraniya	SUNCT
Süre	15–180 dk	2–30 dk	5–240 sn
Otonomik disfonksiyon	Evet	Evet	Evet
Ağrı niteliği	Keskin	Batıcı	Batıcı
Şiddeti	Şiddetli	Şiddetli	Şiddetli
Sıklık	1-8/gün	>5/gün	3–200/gün
Taraf	Unilateral	Unilateral	Unilateral
İndometasine yanıt	Genelde yoktur	Her zaman	Her zaman

3. Seyrek görülen diğer primer başağrıları:

- Bu bölümde yer alan primer başağrılarının semptomatik nedeni de olabileceği için gerekli görüntüleme ve diğer uygun testler ile değerlendirilmelidir.

3.1 Primer saplanma başağrısı:

- Sıklıkla migren ve küme başağrısı olan kişilerde bildirilmektedir
- Anlık batma-saplanma şeklinde gün içinde tek veya birden fazla ağrılar olur
- Sıklıkla trigeminal sinirin ilk dalı dağılımında (orbita, temporal ve pariyetal) bölgelerde görülür.

3.2 Primer öksürük başağrısı:

- Öksürme veya ıkınma ile ilişkili olarak ortaya çıkar.
- Aniden başlar ve saniyeler içinde geçebilir veya 30 dak.'ya kadar uzayabilir.
- Genellikle iki yanlıdır ve çoğunlukla 40 yaş üstü kişileri etkiler.
- Özellikle 40 yaşından önce ve uzun süreli ağrıların varlığında arka çukur veya kraniyo-vertebral birleşme patolojisi araştırılmalıdır.

3.3 Primer egzersiz başağrısı:

- Yalnızca fiziksel aktivite sırasında veya sonrasında ortaya çıkar
- Zonklayıcı özellikte, genellikle dakikalarla sınırlıdır (5 dak-48 saat)
- Sıcak ortam ve yüksek yerlerde daha belirgin özellik kazanır.
- İlk kez ortaya çıktığında subaraknoid kanama ve arteriyel disseksiyonun dışlanması gereklidir.

3.4 Primer cinsel eylemle ilişkili başağrısı (pre-orgazmik ve orgazmik) :

- Cinsel ilişki ile ortaya çıkan şiddeti giderek artan (preorgazmik başağrısı) veya orgazm sırasında ani gelişen şiddetli patlayıcı özellikte (orgazmik başağrısı) başağrısıdır.
- Ağrı başta dolgunluk şeklindedir. Genellikle 1 dakika ile 3 saat arası sürer
- İlk kez olduğunda subaraknoid kanama ve arteriyel disseksiyon gibi durumları dışlamak gerekir

3.5 Hipnik başağrısı: (uyku başağrısı)

- Yalnızca uykuda ortaya çıkar ve hastayı uyandırır. 50 yaşından sonra ortaya çıkar.
- Yaygın veya tek taraflı, hafif veya orta şiddetli, künt ve bir saatten kısa sürelidir (15-60 dak)
- Ayda 15 kez veya daha fazla sıklıktadır.
- Otonomik semptomlar eşlik etmez
- Serebral organik patolojiler dışlanmalıdır

3.6 Primer gökgürültüsü veya patlayıcı tip başağrısı:

- Akut, şiddetli ağrı bir dakikadan kısa sürede en şiddetli seviyeye ulaşır ve 1 saat-10 gün sürebilir. Genellikle tekrarlayıcı değildir, ancak ilk hafta içinde tekrarlama olabilir.
- Primer gök güürültüsü başağrısı tanısı ancak diğer organik nedenler dışlandığında konulur.

3.7 Hemikraniya kontünya (Süregen yarım başağrısı):

-
- Sıklıkla 50 yaş sonrasında başlayan, başın bir yarısına lokalize ve taraf değiştirmeyen, orta şiddetli ancak şiddetlenmeler gösterebilen, ağrısız dönem olmaksızın olan sürekli baş ağrısıdır.
 - Ağrı ile aynı tarafta otonomik belirtiler olabilir.
 - İndometazin tedavisine iyi yanıt verir.

Madde kullanımı ve kesilmesine bağlı baş ağrısı

- Baş ağrısı nedeniyle düzenli şekilde 3 ay ya da daha uzun süreden beri, ayda 10 günden fazla ergotamin, triptan, opioidler ve kombine ilaçların, ayda 15 gün ya da daha fazla basit analjeziklerin kullanılması kronik günlük baş ağrısına yol açabilir.
- Hastaların bu konuda mutlaka uyarılmaları ve baş ağrılarının profilaktik tedavi ile kontrol altına alınarak ağrı kesici kullanma sıklığının azaltılması gerekir.

Trigeminal nevralji (tic douloureux)

- Ağrı, batıcı, vurucu ya da elektrik çarpması gibi ve çok şiddetlidir. Saniyeler ile 2 dakika arasında sürer.
- Genellikle tek taraflı ve 5. sinirin üç dalından özellikle 2. ve 3. dal dağılımındadır.
- Yüzde ve çenede uyarıların ağrıyı ortaya çıkardığı tetikleyici noktalar bulunmaktadır. Uyarıcılar, konuşma, çiğneme, yüz yıkama, diş fırçalama, traş olma, yüz hareketleri ve soğuk hava olabilir.
- Yaklaşık % 50'sinde en az 6 ay içerisinde spontan düzelme gözlenir.

Ayırıcı tanı: Baş ağrısı ile gelen hastada; verilen bilgilerle, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar aşağıda özet olarak verilmiştir:

- **Akut, şiddetli, kısa sürede yerleşmiş, kişinin yaşamındaki en şiddetli ağrı olarak tanımlanan, ayrıca fiziksel aktivite ile ilişki tanımlanan baş ağrılarında:**
 - subaraknoid kanama, anevrizma, AVM, kitle içine kanama
 - **Baş-boyun travması ile ilişkili baş ağrılarında:**
 - kafa içi hematomlar ve boyun damarlarında disseksiyon
 - **Sıklık ve şiddeti giderek artan baş ağrısında:**
 - intrakraniyal basınç artışı, intrakraniyal tümör, kronik subdural hematom veya ilaç aşırı kullanımı baş ağrısı
 - **Öksürme-ıkınma gibi durumlarla ilişkili baş ağrısı:**
 - kafa içi basınç artışı ve kraniyo-vertebral birleşme anomalileri
 - **Yatar pozisyonda artan baş ağrısı:**
 - kafa içi basınç artışı
-

- **Ayağa kalkınca / doğrulmakla gelişen-artan baş ağrısı:**
 - kafa içi basınç düşüklüğü
- **50 yaş sonrası temporal bölgede ağrı ile birlikte temporal arter hassasiyeti,**
 - sistemik belirtilerin varlığı ve sedimantasyon yüksekliği: temporal arterit
- **İmmün sistemi etkileyen hastalığı olan kişilerde ortaya çıkan yeni baş ağrıları:**
 - menenjit, intrakraniyal veya sistemik enfeksiyonlar, beyin absesi veya kafa içi yer kaplayıcı kitle

Tetkikler

- Primer baş ağrılarında biyokimya, görüntüleme tetkiklerinin ve EEG incelemesinin tanısal değeri yoktur. Nörogörüntüleme ve diğer tetkikler, sekonder baş ağrılarını düşündüren durumların (baş ağrısı özellikleri, anormal fizik ve nörolojik muayene) varlığında istenmelidir.

Tablo 2. Baş ağrılı hastada klinik tablo ve istenmesi uygun tetkikler

Klinik	Tetkikler
Subaraknoid Kanama	LP, BT, serebral anjiyo (DSA)
İskemik Beyin Damar Hastalıkları	BT, MRG, MR venografi
İntraparenkimal Kanama	BT, MRG
Subdural/ Epidural Kanama	BT, MRG
Servikal Arter Disseksiyonu	Doppler, MRG, serebral anjiyografi (DSA)
Temporal Arterit	Sedimantasyon, CRP, temporal arter biyopsisi
MSS Enfeksiyonları	LP, EEG, kan ve BOS mikrobiyolojik tetkikleri
Sinüzit	Waters grafisi, derin sinüsler için BT

BOS: Beyin omurilik sıvısı, BT: Bilgisayarlı tomografi, CRP: C-Reaktif protein,

EEG: Elektro-ensefalografi, LP: Lomber ponksiyon, MRG: Manyetik rezonans görüntülemesi
DSA: digital substraksiyon anjiyografi

Baş ağrısı tanı ve tetkik rehberi Türk Nöroloji Derneği Baş ağrısı Çalışma Grubu adına

Dr. Tülay Kansu , Dr.Baki Göksan , Dr.Sabahattin Saip, Dr.Nevzat Uzuner, Dr.Babür Dora tarafından hazırlanmış ve aşağıda isimleri sunulan baş ağrısı çalışma grubu üyelerinin katkısıyla sonuçlandırılmıştır; (Turgay Dalkara, Yakup Sarıca Ali Akyol, Ayşe Altıntaş , Hayrünnisa Bolay , Babür Dora , Mustafa Ertaş , Egemen İdiman , Fethi İdiman ,Levent İnan ,Ceyla İrkeç, Münife Neyal ,Atilla Oğuzhanoğlu ,Taner Özbenli, Mehmet Özmenoğlu , Deniz Selçuki , Hadiye Şirin, Okay Vural, Neşe Çelebisoy, Yahya Çelik , Başak Karakurum)

KAYNAKLAR:

A. TANI ve TETKİK

1. Headache Classification Committee of the International Headache society. The International classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 24(suppl 1): 9-160, 2004
 2. G. Sandrini, L. Friberg, W. Jänig, R. Jensen, D. Russell, M. Sanchez del Río, T. Sand, J. Schoenen, M. van Buchem, J. G. van Dijk. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache: guidelines and recommendations European Journal of Neurology 2004, 11 (4), 217–224.
 3. Silberstein SD, Lipton R, Goadsby PJ.(eds.): Headache in clinical practice,second edition. London, Martin Dunitz Ltd. 2002. (Türkçe çeviri, editörler : M Ertaş, G A-Demir. Yelkovan yayıncılık, 2004)
 4. Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P,Welch KMA.eds. The headaches, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006
-