



# BAŞ AĞRISI

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Baş ağrıları primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer baş ağrıları migren ve migren dışı olarak iki gruptur. Migren dışı grupta en sık gerilim tipi baş ağrısı görülür.

Sekonder baş ağrılarının başlıca nedenleri arasında hipertansiyon, kafa içi basınç artışı, vasküler nedenler, enfeksiyonlar, hipoksi, hipoglisemi ve ilaçlar düşünülmelidir. Sekonder baş ağrılarında alitta hastalığa yönelik tedavi ve sevk kuralları uygulanmalıdır.

### Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısının Ayırt Edici Özellikleri

Gerilim Tipi Baş Ağrısı	Migren
<p>Genellikle 20-50 yaşları arasında başlar, kadınlarda erkeklerde göre daha sıktr, stresle ilişkili gösterir.</p> <p>Epizodik tip:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayda 15 günden az, 30 dakika-7 gün arasında sürer.</li> <li>Hafif veya orta şiddetli, basıcı veya sıkıştırıcı karakterde, bilateral yerleşimlidir.</li> <li>Fiziksel aktiviteyle ilişki göstermez, istirahatla geçmez.</li> <li>Bulantı yoktur.</li> <li>Aura ve prodrom evreleri yoktur.</li> <li>Görmeye bulanıklık ve baş dönmesi eşlik edebilir.</li> </ul> <p>Kronik tip:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En az 6 ay boyunca, ayda en az 15 gün, hemen her gün olan, daha çok bilateral ve oksipitofrontal yerleşimlidir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genç erişkin kadınlarda daha sık görülür.</li> <li>Dört saatten uzun, 72 saatten kısa sürer.</li> <li>Ağrı sıklıkla tek taraflı, zonklayıcı, orta veya yüksek şiddetlidir.</li> <li>Fizik aktiviteyle artar.</li> <li>Bulantı, fotofobi ve fonofobi ile birliktedir.</li> <li>Olguların %10-20'sinde aura vardır. Bu olgular "auralı (klasik) migren" olarak adlandırılır.</li> <li>Auraların %90'ı görsel belirtiler şeklinde dir.</li> </ul>

### Tedavi

#### Gerilim tipi baş ağrısı tedavisi

#### İlaçsız tedavi

- Hastalara stresle mücadele etme ve gevşeme yöntemleri (düzenli egzersiz, jimnastik, masaj, sıcak banyo, meditasyon) anlatılmalı, bu işlemlerin tedavinin önemli bir parçası olduğu vurgulanmalıdır.
- Hastaya doktor tarafından güven verilmesi önemlidir.

**İlaç tedavisi**

- Parasetamol : Erişkinlerde 4-6 saatte bir ağızdan 500-1.000 mg (en çok 4 g/gün) verilir.
- Asetil salisilik asit : Erişkinlerde 4-6 saatte bir ağızdan 300-900 mg (en çok 4 g/gün) verilir.
- İbuprofen : Erişkinlerde günde üç kez ağızdan 400 mg verilir.
- Naproxen sodyum : Erişkinlerde günde iki kez ağızdan 500 mg verilir.

**Dikkat gerektiren noktalar**

- Parasetamol ün hepatotoksik etkisi, kronik alkol kullanımı olanlarda günlük izin verilen en yüksek dozdan daha düşük dozlarda da ortaya çıkabilir.
- Steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar (SOAEİ) astım ve alerjik hastalıklarda kullanılmamalıdır.
- Karaciğer ve böbrek bozukluğu olanlarda SOAEİ dikkatle kullanılmalıdır.
- Kafein ile kombine analjezik preparatları tercih edilmemelidir.
- SOAEİ peptik ülser gibi gastrik yakınları olanlarda dikkatli kullanılmalıdır.
- Analjeziklerin sürekli ve aşırı dozda kullanılması kronik baş ağrısına neden olabilir.

**Sevk**

- Ateş ve ense sertliği (menenjit, subaraknoid kanama olasılığı)
  - Konvülsiyon
  - Bilinç bulanıklığı
  - Görme bozukluğu
  - Nörolojik bulgu
  - Kafa travması ile birlikte bulantı-kusma, rinore veya otore
  - Ani başlayan ve ilerleme gösteren ya da karakter değiştiren, bir haftadan uzun süren ağrı
  - İkincilik ve öksürükle artan baş ağrısı (kafa içi basınç artışı olasılığı)
  - Organik bir nedene bağlı olduğu düşünülen baş ağrısı
  - Bir aylık tedaviye rağmen iyileşmeyen baş ağrısı
- durumlarda hasta sevk edilmelidir.

**Migren tipi baş ağrısı tedavisi****İlaçsız tedavi**

Hasta bilgilendirilmeli ve migrenin benign bir hastalık olduğu anlatılmalıdır.

Profilaktik açıdan, olası tetikleyici nedenler olan açlık, uykusuzluk, stres, bazı yiyecek ve içecekler (çikolata, beyaz peynir, sosis, salam, kırmızı şarap) anlatılmalı ve kaçınılmaması öğretlenmelidir.

**İlaç tedavisi****Profilaksi**

Ayda 2-3'ten çok atak oluyorsa, profilaktik ilaç tedavisi başlanmalıdır. Başarı oranı %60-70'tir.

**A. Beta blokörler**

Propranolol : Ağızdan günde 2-3 kez alınarak, 20 mg/gün dozundan başlayıp yeterli yanıt alınıncaya kadar en çok 160 mg/gün dozuna çıkarılır. Klinik etkin doz 80 mg/gün'dür.

Metoprolol : Erişkinlerde günde iki kez 50 mg dozunda başlanır, günlük doz 200 mg'a kadar artırılabilir.

**B. Trisiklik antidepressanlar**

Amitriptilin : Yatmadan önce ağızdan 10-20 mg, tek dozda kullanılır, bazen 150 mg'lık doz gerekebilir.

**C. Siproheptadin**

Erişkinlerde akşamları 4 mg verilir.

**D. Flunarizin**

Yatmadan önce 5-10 mg kullanılır.

**Akut atak tedavisi**

SOAEİ çoğu kez bir antiemetikle birlikte kullanılır. Tedaviye atak başlangıcında ya da devam ederken başlanır.

Asetil salisilik asit : Peristaltizmin bozulması nedeniyle emilimi azalacağından kolay çözünen efervesan tablet formu seçilmelidir. Başlangıç dozu olan 900-1.000 mg'dan sonra, 300 mg'lık dozları her yarı saatte bir tekrarlanarak, en çok 1.800 mg olacak şekilde, ağızdan verilir.

Ibuprofen günde 2-3 kez, toplam doz 600-1.200 mg olacak şekilde ağızdan verilir.

Naproksen sodyum 500 mg'lık ilk dozdan sonra her 6-8 saatte bir 250 mg ağızdan verilir.

Paracetamolün etkili olabileceği gösterilmiş olmakla birlikte, emilim sorunları nedeniyle sonuç alınamayabilir.

Ergotamin başlangıçta 2 mg, sonra yarı saatte bir 1 mg; en çok 6 mg/gün ve 10 mg/hafta olarak kullanılır. Emilim düzensizliği ve yan etkiler sorun yaratır.

Metoklopramid antiemetik bir ilaçtır. Bulantı varsa, yataşincaya kadar 3x10 mg ağızdan verilir.

Yanıt alınamayan şiddetli ağrınlarda, triptan grubu ilaçlar ağızdan, intranasal veya deri altına uygulanabilir.

**Dikkat gerektiren noktalar**

- İlaçların gelişigüzel ve aşırı dozda kullanımı kronik baş ağrısına neden olabilir.
- Profilaktik tedavi ani olarak kesilmemelidir.
- Amitriptilin epilepsili hastalarda kullanılmamalıdır.

- Beta blokörler astım ve kalp yetmezliği olan hastalarda kontrendikedir.
- Triptanlar kalp hastlığı olan ve hipertansiyonu kontrol altında olmayan hastalarda kontrendikedir.
- Hormon replasmanı veya oral kontraseptif alanlarda ağrı kontrol edilemiyorsa tedavi planı gözden geçirilmelidir.
- Gebelerde parasetemol dışındaki ilaçlar kullanılmamalıdır.

### **İzlem**

- Migren hastaları tedaviye başladiktan 2 hafta sonra yan etkiler, üçüncü haftadan sonra profilaksi etkinliği yönünden kontrole çağrılmalıdır.
- Profilaksi başarılıysa hasta aylık kontrollere çağrılmalıdır. Profilaktik tedavi altı ay uygulandıktan sonra, doz yavaş yavaş azaltılarak kesilir ve atakların yeniden başlayıp başlamadığı değerlendirilir.

### **Sevk**

- Elli yaşın üstünde ortaya çıkan ağrı
- Her zamankinden farklı veya çok şiddetli ağrı
- Şiddetli seyreden ilk atak
- Profilaksiye yanıt alınamaması
- Tedaviye yanıt alınamaması (status migrenozus)
- Fokal baş ağrısı ve nörolojik bulgu olması
- İlerleyici seyretmesi ve eşliğinde mental bozukluk bulunması
- Sistemik hastalık ve hipertansiyon, taşikardi, ateş gibi semptomlarla birlikte olması durumlarında hasta sevk edilmelidir.

### **Kaynaklar**

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias, and Facial Pain. *Cephalgia* 1988;8(suppl 7):1-96.
2. Ferrari MD., et al. Oral Triptans (serotonin 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in Acute Migraine Treatment: A Meta-analysis of 53 trials. *Lancet* . 2001; 358(9294):1668-75.
3. van der Kuy PH, Lohman JJ. A Quantification of the Placebo Response in Migraine Prophylaxis. *Cephalalgia* 2002; 22:265-70.
4. Tomkins GE., et al. Treatment of Chronic Headache with Antidepressants: A Meta-analysis. *Am J Med* . 2001; 111:54-63.
5. Dahlöf C. Sumatriptan Nasal Spray in the Acute Treatment of Migraine: A Review of Clinical Studies. *Cephalgia* . 999; 19:769-78.
6. Gray RN et al. Drug Treatments for the Prevention of Migraine Headache. *Agency for Health Care Policy and Research Technical Review* 2.3, Feb 1999.
7. Gray RN et al. Self-Administered Drug Treatments for Acute Migraine Headache. *Agency for Health Care Policy and Research Technical Review* , 2.4. Feb 1999.
8. Krobot KJ, Schroder-Bernhardi D, Pfaffenrath V. Migraine Consultation Patterns in Primary Care. Results from the PCAOM study 1994-96. *Cephalgia* . 1999;19:831-40.
9. Multinational Oral Sumatriptan and Cafergot Comparative Study Group. A Randomized, Double-blind Comparison of Sumatriptan and Cafergot in the Acute Treatment of Migraine. *Eur Neurol* 1991;31:314-322.