



alamy



BİRİNCİ BASAMAKTA BAŞAĞRISI YÖNETİMİ

DR. NECDET KARLI
BURSA UÜTF NÖROLOJİ AB
2-11-2024

BAŞAĞRISI

- En sık görülen nörolojik bozukluk;
 - BA (%64.6);
 - GTBA (%44)
 - Migren (%16.7) (Ertaş M, Karlı N 2008)
- Tanı ve tedavide çok büyük eksiklikler mevcut (öz. Migren)
- Bireye, topluma çok ağır yük
 - Psikolojik
 - Sosyolojik
 - Ekonomik



- Primer BA;

- %90'ının tanısı 1. basamakta konabilir
- %70-80'i 1. basamakta tedavi edilebilir

- Primer - Sekonder BA ayrımı 1. basamakta yapılabilir

- Hedef 1. basamakta hastalara tanı koymak - tedavi ve takip etmek

PRİMER BA - SEKONDER BA

Pr BA;

- Muayene ve tetkiklerde tanı konan başağrısını açıklayabilecek santral vy sistemik bir patolojinin olmaması

Sekonder BA;

- Başağrısını açıklayabilecek ve buna neden olan bir patolojinin olduğu BA
 - İntrakraniyal tm, abse, kanama, tıkanma vb
 - Sistemik; HT, enfeksiyon, metabolik nedenler

PRIMER BA ICHD-3

- GTBA
- MIGREN
- TOS
- DIĞER PR BA

The impact of education on the diagnostic accuracy of tension-type headache and migraine: a prospective study

N Karli, M Zarifoglu, S Erer, K Pala¹ & N Akis¹

Department of Neurology and ¹Department of Public Health, School of Medicine, Uludag University, Bursa, Turkey

Cephalalgia

Karli N, Zarifoglu M, Erer S, Pala K & Akis N. The impact of education on the diagnostic accuracy of tension-type headache and migraine: a prospective study. *Cephalalgia* 2007; 27:41–45. London. ISSN 0333-1024

General practitioners (GPs) diagnose and treat headache in primary care settings. The objective of this study was to investigate the effect of a 2-day headache education programme for GPs primarily on diagnostic accuracy. The education programme included theoretical lectures and face-to-face patient evaluation with headache specialists. Three GPs evaluated headache patients before and after the programme. Each GP was planned to interview a total of 60 patients (30 before, 30 after the programme). All patients were evaluated by headache specialists following evaluation by the GPs. A total of 189 patients were included in this study. Diagnostic accuracy increased from 56.3% to 81.0% after the headache education programme ($P < 0.001$), which also significantly improved the choice of proper treatment ($P = 0.043$). The headache education programme for GPs significantly improved diagnostic accuracy in patients with tension-type headache and the choice of proper treatment. Such education programmes can be standardized and given to GPs working in the primary care setting. These programmes can be arranged locally by the universities and might have a favourable impact on the diagnosis and treatment of headache. □ *Diagnosis, education, general practitioner, primary headaches, treatment*

Dr Necdet Karli, Department of Neurology, School of Medicine, Uludag University, 16059 Gorukle, Bursa/Turkey. Tel. +90 53 3364 4086, fax +90 22 4442 9177, e-mail nkarli@yahoo.com, nkarli@uludag.edu.tr Received 30 December 2005, accepted 17 August 2006

- Çalışma öncesi spesifik başağrısı tanısı ilk 20 'de yok, GTBA veya M
- Çalışma sonrası M ve GTBA ilk 10 tanı içerisinde,
- M tanısı 6. sıklıkta

PRIMER - SEKONDER BA AYRIMI

ORGANİK NEDENİ DÜŞÜNDÜREN SEMPTOMLAR

KIRMIZI ALARM - 1

Yeni başlayan,
şiddetli veya sıklığı
ve şiddeti giderek
artan baş ağrısı

Yatınca artış
gösteren sürekli
baş ağrısı

Egzersiz ve
öksürükle başlayan
veya artan
baş ağrısı

İlk veya en kötü
baş ağrısı

Belli bir paterne
uymayan atipik
baş ağrısı

Tedaviye yanıtı
sız baş ağrısı

ORGANİK NEDENİ DÜŞÜNDÜREN SEMPTOMLAR

KIRMIZI ALARM - 2

Bir salgın
sırasında ortaya
çıkan akut
baş ağrısı

50 yaşından sonra
baş ağrısı
gelişmesi

İlerleyici ve
tedavi edilemeyen
kusma

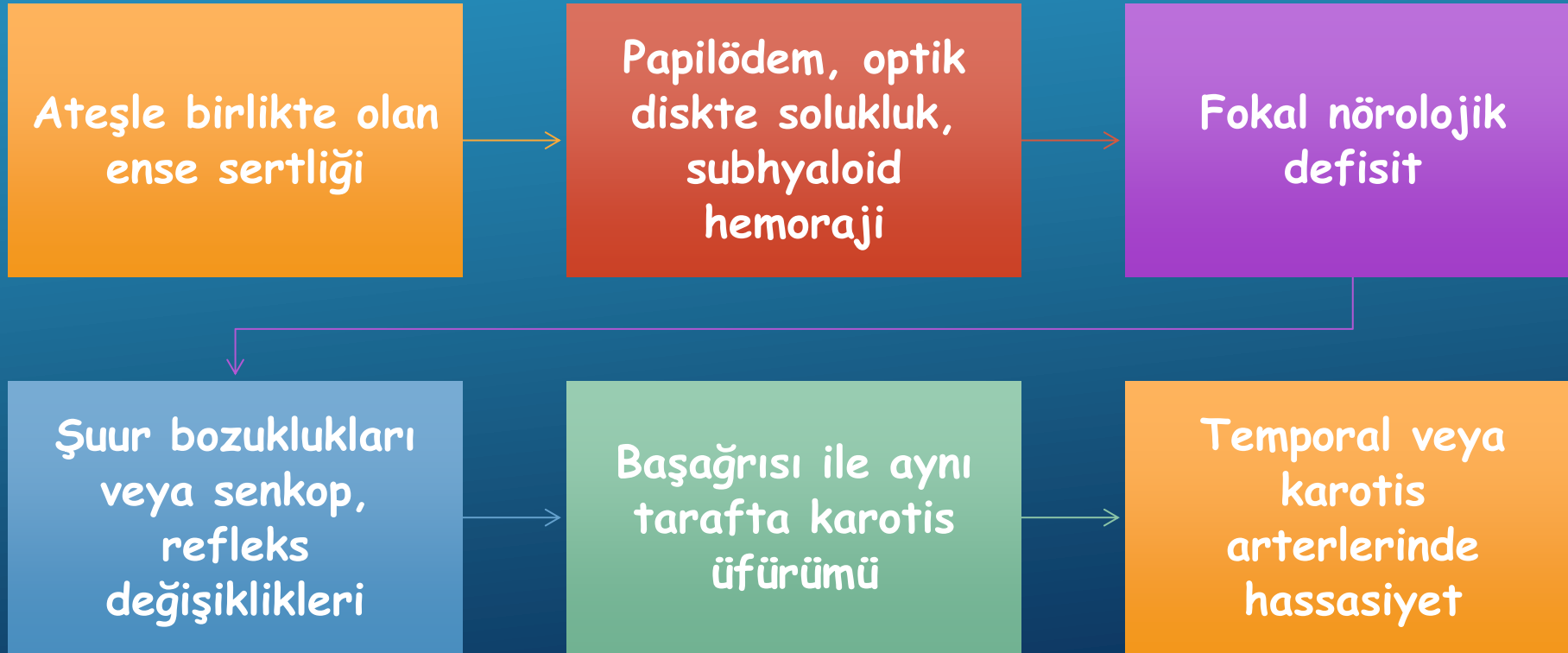
Epileptik
nöbetlerin varlığı

Diplopi

Kişilik
değişiklikleri

ORGANİK ETYOLOJİYİ DÜŞÜNDÜREN BULGULAR

KIRMIZI ALARM - 1



ORGANİK ETYOLOJİYİ DÜŞÜNDÜREN BULGULAR

KIRMIZI ALARM - 2

Akut pürülan
kulak veya nazal
akıntı

Malign
hipertansiyon

Baş ağrısız
dönemde dahi
belirgin skalp
hassasiyeti

Yüzde tetik
noktası

Kalıcı Horner
sendromu

Çınlama ve
kulakta dolgunluk
ile birlikte giden
işitme kaybı

SEKONDER BA DÜŞÜNÜLEN HASTADA

- Sistemik bir neden düşünülüyorsa;
 - 1. basamakta yapılabilecek tetkikler sonrası tedavi veya ilgili branşa sevk
- Nörolojik bir neden düşünülüyorsa doğrudan 2 veya 3. basamak nöroloji sevk

PRIMER BA

MIGREN

GTBA

KÜME

BAŞ AĞRISI PREVALANSI

Yaşam boyu BA
prevalansı: %64.6

Gerilim tipi BA
prevalansı: %44

Migren
prevalansı: %16.7
12 milyon
Migrenli

Her 4 evden birinde 1 Migrenli

(Ertas M, Karlı N 2008)

MİGREN

- Türkiye sıklığı; %16.7
- K/E; 2

- 50 y altında en çok özürlülüğe yol açan 3. hastalık (hem K hem E)
- M sadece ağrı değil bir sendromdur; ağrı + santral sinir sis blt + otonom blt + vejetatif blt

TIMELINE OF A MIGRAINE ATTACK



PRODROME

FEW HOURS TO DAYS

IRRITABILITY
DEPRESSION
YAWNING
INCREASED NEED
TO URINATE
FOOD CRAVINGS
SENSITIVITY TO
LIGHT/SOUND
PROBLEMS IN
CONCENTRATING
FATIGUE AND
MUSCLE STIFFNESS
DIFFICULTY IN
SPEAKING AND
READING
NAUSEA
DIFFICULTY
IN SLEEPING

AURA

5-60 MIN

VISUAL
DISTURBANCES
TEMPORARY
LOSS OF SIGHT
NUMBNESS AND
TINGLING ON PART
OF THE BODY

HEADACHE

4-72 HRS

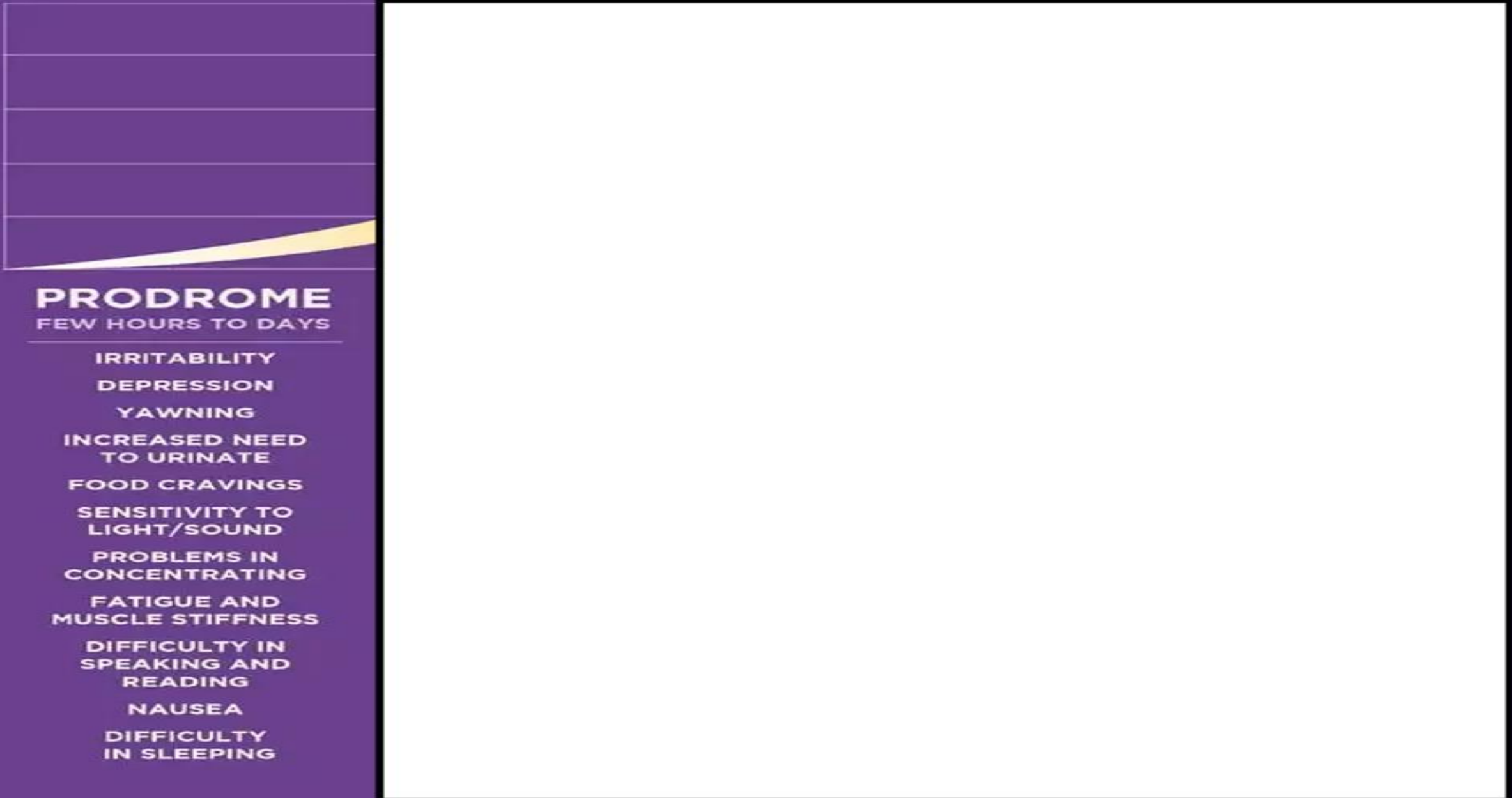
THROBBING
DRILLING
ICEPICK IN
THE HEAD
BURNING
NAUSEA
VOMITING
GIDDINESS
INSOMNIA
NASAL CONGESTION
ANXIETY
DEPRESSED MOOD
SENSITIVITY TO
LIGHT, SMELL, SOUND
NECK PAIN
AND STIFFNESS

POSTDROME

24-48 HRS

INABILITY TO
CONCENTRATE
FATIGUE
DEPRESSED MOOD
EUPHORIC MOOD
LACK OF
COMPREHENSION

TIMELINE OF A MIGRAINE ATTACK



PRODROME

FEW HOURS TO DAYS

IRRITABILITY
DEPRESSION
YAWNING
INCREASED NEED
TO URINATE
FOOD CRAVINGS
SENSITIVITY TO
LIGHT/SOUND
PROBLEMS IN
CONCENTRATING
FATIGUE AND
MUSCLE STIFFNESS
DIFFICULTY IN
SPEAKING AND
READING
NAUSEA
DIFFICULTY
IN SLEEPING

TIMELINE OF A MIGRAINE ATTACK



PRODROME

FEW HOURS TO DAYS

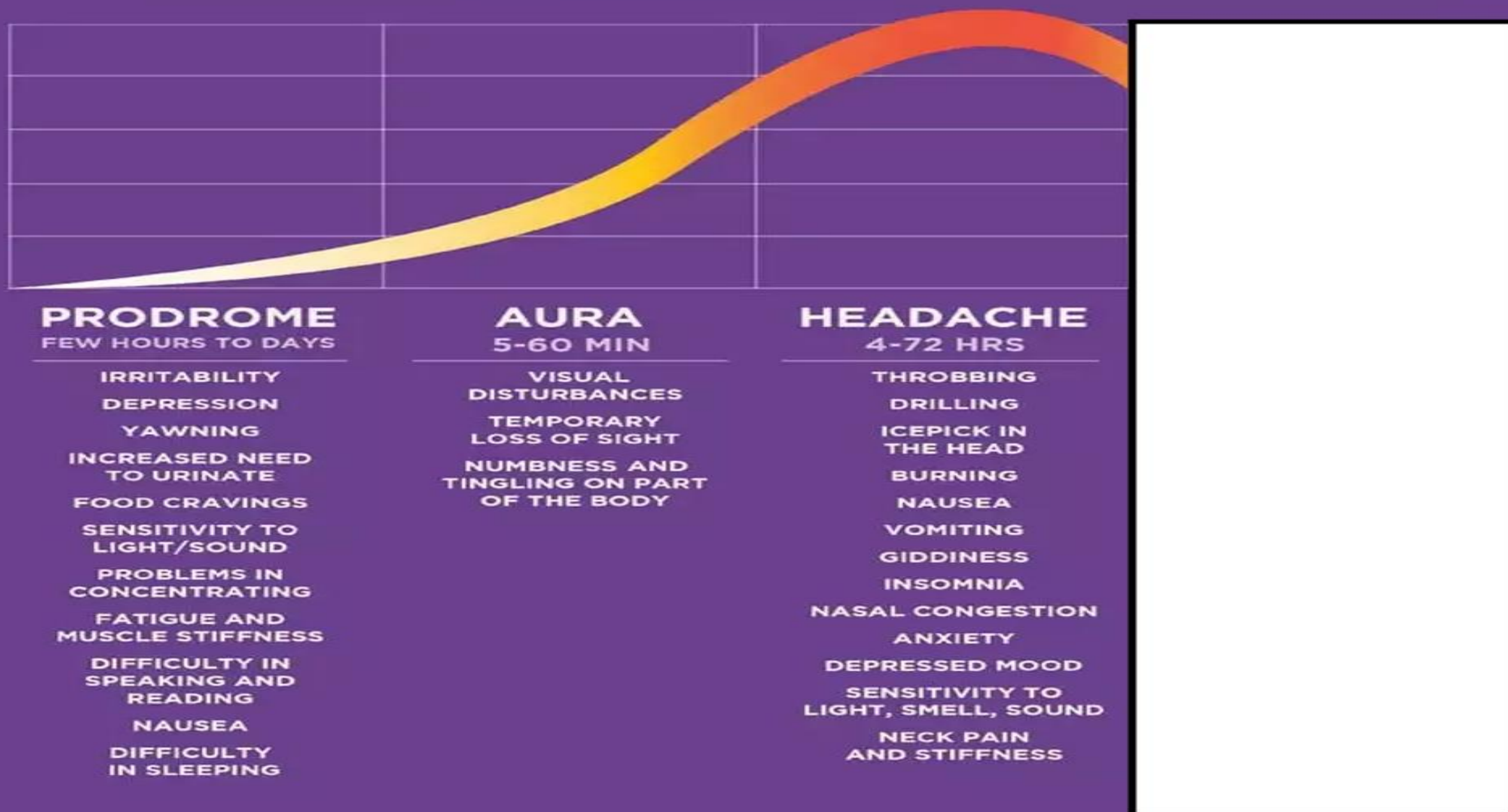
- IRRITABILITY
- DEPRESSION
- YAWNING
- INCREASED NEED TO URINATE
- FOOD CRAVINGS
- SENSITIVITY TO LIGHT/SOUND
- PROBLEMS IN CONCENTRATING
- FATIGUE AND MUSCLE STIFFNESS
- DIFFICULTY IN SPEAKING AND READING
- NAUSEA
- DIFFICULTY IN SLEEPING

AURA

5-60 MIN

- VISUAL DISTURBANCES
- TEMPORARY LOSS OF SIGHT
- NUMBNESS AND TINGLING ON PART OF THE BODY

TIMELINE OF A MIGRAINE ATTACK



TIMELINE OF A MIGRAINE ATTACK



PRODROME

FEW HOURS TO DAYS

IRRITABILITY
DEPRESSION
YAWNING
INCREASED NEED
TO URINATE
FOOD CRAVINGS
SENSITIVITY TO
LIGHT/SOUND
PROBLEMS IN
CONCENTRATING
FATIGUE AND
MUSCLE STIFFNESS
DIFFICULTY IN
SPEAKING AND
READING
NAUSEA
DIFFICULTY
IN SLEEPING

AURA

5-60 MIN

VISUAL
DISTURBANCES
TEMPORARY
LOSS OF SIGHT
NUMBNESS AND
TINGLING ON PART
OF THE BODY

HEADACHE

4-72 HRS

THROBBING
DRILLING
ICEPICK IN
THE HEAD
BURNING
NAUSEA
VOMITING
GIDDINESS
INSOMNIA
NASAL CONGESTION
ANXIETY
DEPRESSED MOOD
SENSITIVITY TO
LIGHT, SMELL, SOUND
NECK PAIN
AND STIFFNESS

POSTDROME

24-48 HRS

INABILITY TO
CONCENTRATE
FATIGUE
DEPRESSED MOOD
EUPHORIC MOOD
LACK OF
COMPREHENSION

MİGRENDE TANI

- M tanısı BA özelliklerine,
- Eşlikçi bulgulara göre konur.
- NM normal olmalı

M AĞRISI ÖZELLİKLERİ TANI KRİTERLERİ (ICHD-3)

A- B-D KRİTERLERİNİ DOLDURAN EN AZ 5 ATAĞ

B- 4-72 saat sürmesi

C- Aşağıdakilerden en az ikisinin olması

- Tek taraflı
- Zonklayıcı
- Orta şiddette - şiddetli
- Fizik aktivite ile artan v/ rutin fizik aktiviteden kaçınma

D- Ağrı sırasında en az birinin olması

- Bulantı v/vy kusma
- Fotofobi ve fonofobi



• Tanıda;

• Kriterlere uyum

• NM normal olması dışında başka hiçbir gereklilik yok

• Hiçbir kan tahlili, görüntüleme yöntemine gerek yok

- (Direkt grafi, MR, BT, EEG)



- Son 3 ay içerisinde bulantı ve kusma yaşamadınız mı ?

2 evet cevabı;
M olasılığı
%90

- 1- Bulantınız
- 2- Işık sizi her
- 3- BA işinizi yap
- engel oldu mu ?
- enleri yapmanıza

MİGREN YÜKÜ

Bireysel;

- Psikolojik
- Aile - çevre
- Ekonomik

Toplumsal;

- Ekonomik (4 milyar USD/yıl)
- Sağlık sistemi

MİGREN YÜKÜ - BİREYSEL

Bireysel;

Psikolojik;
Depresyon, anksiyete
(%53)

- Migren ve depresyon arasında çift yönlü ilişki

Aile;

eş, çocuk
ilişkilerinde
kötüleşme

İş - kariyer;

iş ortamında -
arkadaşlıklarında bozulma,
kariyerde geri kalma

TOPLUMSAL YÜK

- Sağlık sistemi;
- Nöroloji plk. hastalarının 1/3'ü BA nedeni ile başvuru yapıyor (Baykan B, Karlı N 2007)
- Acil servis başvurularının %16'sı,
- Gereksiz tetkik kullanımı



MİGREN YÜKÜ

Toplumsal;

- Ekonomik (4 milyar USD/yıl)
- Doğrudan; muayene, tetkik, ilaç
- Dolaylı; işe gitmeme, bedeni var kendi yok

- Tüm bunlara rağmen M hastalarının yarısında yanlış tanı
- Ülkemizde tüm M hastalarının sadece %4'ü doğru tedaviyi almakta

MİGREN TEDAVİ

- AKUT ATAK (AĞRI)
- PROFİLAKSİ (Önleyici - Koruyucu)

ATAK TEDAVİSİ

- HEDEF

- 2 saat içerisinde ağrıyı tamamen kesmek ya da en az %50 azaltmak
- Hastayı günlük aktivitesine en kısa sürede geri döndürmek
- Max etki min yan etki

- 3 atak tedavisinde başarısızlık o ajan sınıfı için başarısızlık kabul edilir
- Triptanlarda durum farklı; her triptan ayrı ayrı denenebilir
- Haftada en fazla 2 atak tedavisi
- Başarısız atak tedavisi kronikleşmeyi tetikler

- Tedavi M ağrısı şiddetlenmeden atak başlangıcında alınmalı
- 2 saat içerisinde hedefe ulaşamazsa diğer gruplardan ikinci AK alınabilir (triptanlar için geçerli değil-24 saat),
- Her hastanın baş ağrısına, hastanın eşlik eden hastalıklarına, yan etki profiline göre ajan seçilmeli

ATAK TEDAVİSİ AJANLAR

OPIOİDLER

Metil Prednizolon

TRİPTANLAR

DİTANLAR

GEPANTLAR

ERGO-

BASİT ANALJEZİKLER

NSAİİ



DOMPERİDON
METOKLOPRAMİD

BASİT ANALJEZİKLER

- Parasetamol; 1000 mg (Cox-1, Cox -2 inh)
- ASA: 1000 mg (Siklooksijenaz inh)

NSAII

(SIKLOOKSIJENAZ İNH)

- ASA: 1000 mg (Siklooksijenaz inh)
- Flurbiprofen; 100 mg
- Naproksen; 550 mg
- Diklofenak; 100 mg
- Etodolak; 800 mg

TRİPTANLAR (5 HT 1B/1D AGONİSTLERİ)

- Eletriptan 40 mg
- Rizatriptan 10 mg
- Sumatriptan SC 6 mg

KORUYUCU - ÖNLEYİCİ TEDAVİ ENDİKASYONLAR



Ayda 4 gün vy daha fazla BA olan



Atak tedavisine yanıt vermeyen



Atak tedavi ajanlarına belirgin yan etki, alerji



Az da olsa her atağın çok şiddetli, yaşam kalitesini belirgin bozduğu hastalarda (tek bir atağı bile kaldıramayanlar)

KORUYUCU - ÖNLEYİCİ TEDAVİ

Hedef; BA gün sıklığını en az
%50 vey daha fazla azaltmak

En az 9 ay tedaviye devam
edilmeli

Etkin ajan, etkin doz, yeterli
süre

Max etki min yan etki

- Mümkünse monoterapi,
- Eřlikęi hastalıklara, kullanılan ilağlara, olası yan etkilere ve her hastaya göre tedavi seğimi

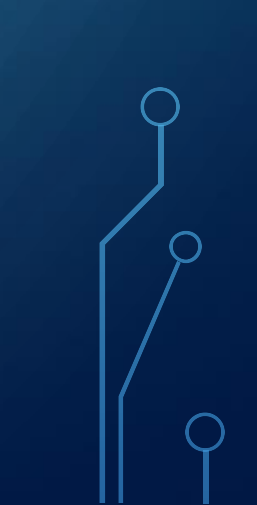
KORUYUCU - ÖNLEYİCİ TEDAVİ AJANLARI

- Beta—Bloklerler;
 - Propranolol (80 - 120 mg)
 - Nebivolol (5-10 mg)
- Anti-Depresanlar;
 - Amitriptilin (25-150 mg)
 - Venlafaksin (75-150 mg)
 - Duloksetin (60 mg)

- Anti-Epileptikler;

- Topiramat (100-200 mg)
- VPA (500-1000 mg)
- Lamotrijin (100 - 200 mg)

- Kalsiyum kanal blokerleri

- Flunarizin (5-10 mg)
- 
- 
- 

- Anti-CGRP antikorları (reseptör, molekül)
 - Galcanezumab (120 mg/ay)
 - Erenumab (70 - 140 mg/ay)
- OnaBotulinumtoksin A (155-195 IU)
- Periferik sinir blokajları
 - GON
 - STN
 - SON

NON-FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM

Tetik
faktörlerden
kaçınma

Uygun yaşam
tarzı

Yoga

Biofeedback

Nöromodulasyon

KRONİK MİGREN

- Son 3 ayda; ayda en az 15 gün başağrılı gün
- En az 8 günü M ağrısı karakterinde olmalı

AŞIRI İLAÇ KULLANIMI BA

Daha önce pr BA olan
hastada ayda 15 gün
veya daha fazla BA

3 aydan uzun süre, ayda
10 ya da 15 gün vy daha
fazla akut semptomatik
tedavi ajanı kullanma

Triptan, Ergotamin;
10 gün vy daha fazla

Kombine analjezikler
(Parasetamol + kodein vy
kafein gibi); 10 gün vy
daha fazla

NSAII,
Parasetamol; 15 gün
vy daha fazla

- AK yan etkileri yoğun
- Etkinlik ortadan kalkar, inhibitör merkezlerin disfonksiyonu,
- Etken maddenin kan düzeyi düşünce ağrı ortaya çıkar, yükselince azalır

1. BASAMAKTA BEKLENTİLER

- M tanı, tedavi ve takibi
- AİKBA tanı ve tedavisi
- Özellikle profilaksi ihtiyacı olan hastaların mutlaka profilaktik tedaviye yönlendirilmesi
- Uygun ilaç, doz ve süreye rağmen tedaviye dirençli hastaların 2. ve 3. basamakta Nörolojiye sevkı

- Atak tedavisinin etkin ve sınırlı kullanımı
- Ergo türevlerinden kaçınılması
- AK kullanımında AİKBA yol açacak sıklık mutlaka takip edilmeli
- Acil servislerin ve görüntüleme yöntemlerinin gereksiz kullanımı önlenmeli

- Hastalara M'nin yönetilebilir bir hastalık olduğu mutlaka söylenmeli
- Hasta ile tedavi beklentileri karşılıklı konuşulmalı

2-3. BASAMAK M TEDAVİLERİ

- Akut atak tedavilerinde diğer ajanlara dirençli hastalarda Sumatriptan SC
- Tüm akut atak ajanlarına direnç varsa ya da 72 saatten uzun sürüyorsa; IV Metil Prednizolon 100 mg
- 2'li 3'lü kombinasyonlar; anti-emetik + NSAII+Triptanlar

- Aşırı ilaç kullanımı vy AİKBA varsa AK mutlaka kesiliyor
- Hastanın durumuna göre koruyucu tedavi;
 - Monoterapi, 2'li 3'lü polifarmasi (farklı etki mekanizmalı),
 - Anti-CGRP monoklonal antikorları (maddi durumu uygunsa)
 - OnaBtxA, Blokajlar (GON, STN, SON)
- Tedaviye dirençli; yatış, detoksifikasyon, LP ?

- Eşlik eden psikiyatrik komorbidite varsa; psikiyatrik değerlendirme
- Non-farmakolojik yaklaşımlar

GTBA

- En sık BA, %44
- K/E; 1

GTBA TANI KRİTERLERİ (ICHD-3)

1- Aşağıdaki kriterler uyan en az 10 atak

2- 30 dk - 7 gün sürmesi

3- Aşağıdaki özelliklerden en az 2'si

- a-Bilateral
- b-Sıkıştırıcı-basınç hissi karakterinde
- c-Hafif-orta şiddette
- d-Rutin fiziksel aktivite ile agrave olmaması

4- Aşağıdakilerin ikisi birden

- a-Bulantı vy kusma olmaması
- b-Fotofobi vy fonofobiden en fazla biri

TANI

- Sadece anamnez ve muayene
- Muayenede perikraniyal ve periservikal kas hassasiyet ve spazmı araştırılmalı

GTBA

- M kıyasla yük daha az; BA şiddeti daha az
- Acil, poliklinik, hekim başvuru oranı çok daha düşük
- Hastalar genellikle kendileri AK ile hayatlarına devam ediyorlar

ATAK TEDAVİSİ

- Basit analjezikler;
 - ASA; 500 mg
 - Parasetamol; 500 mg
- NSAII
 - Naproksen; 275 mg
 - Etodolak; 400 mg
 - Diklofenak; 50 - 75 mg
 - Flurbiprofen; 50 mg

PROFİLAKTİK TEDAVİ

- Ayda 5 günden fazla BA gün varsa koruyucu tedavi;
- Amitriptilin; 25-150 mg
- Sertralin; 50 - 100 mg
- Fluoksetin; 20 mg

1. BASAMAKTA

- Amaç tanı, tedavi ve takip
- Genellikle sevke ihtiyaç olmaz

KÜME BA

A- B-D kriterlerini dolduran en az 5 atak

B- 15-180 dk süren tek taraflı, orbital, supraorbital v/vy temporal şiddetli - çok şiddetli BA

C- Aşağıdakilerden biri vy her ikisi

- 1- Aşağıdaki semp v blt en az biri; BA ile aynı tarafta
 - - Konjunktival kızarıklık v/vy yaşarma
 - - Nazal konjesyon v/vy rinore
 - - Göz kapağında ödem
 - - Alın v yüzde terleme
 - - Miyozis v/vy pitoz
- 2- Huzursuzluk v ajitasyon hissi

D- Gün aşırı bir atak - günde 8 atak sıklığında

TANI

- Anamnez v muayene
- Diğer pr BA farklı olarak mutlaka Kraniyal MR; organik nedenler Küme BA benzer ağırları taklit edebilir
- Birinci basamakta amaç; tanı ve 2-3. basamak nöroloji sevki

DİKKATİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

