

# İleri Yaş Baş Ağrıları

## Serap Üçler

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

### ÖZET

Yaklaşık olarak kadınların % 10'u, erkeklerin % 5'i 70'li yaşlarda şiddetli yineleyici ya da sürekli baş ağrısı yaşamaktadırlar. Elli yaş üzeri ilk defa ortaya çıkan şiddetli baş ağrısı sıra dışıdır ve eksiksiz medikal sorgulama ve nörolojik muayeneyi gerektirir. Yaşlı hastalarda görülen primer baş ağrıları etiolojisinde gerilim tipi baş ağrısı, migren, migrene eşlik eden bulgular, hipnik, öksürük baş ağrısı ve kronik günlük baş ağrısı yer alır. Tüm bu hastalıklarda etkili ağrı kontrolü farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımı içerir. Sekonder baş ağrısı etiolojisinde temporal arterit, serebrovasküler veya kardiyak iskemi ve intrakraniyal hemorajiler, tümörler, trigeminal nevralji gibi hastalıklar yer alır. Baş ağrısı aynı zamanda servikojenik kökene glokoma, uyku apnesine bağlı olabilir. Sekonder nedenlerde ağrı kontrolü, alttaki yapısal ya da sistemik hastalığın tedavisine spesifiktir.

**Anahtar kelimeler:** baş ağrısı, ileri yaş, primer, sekonder etiyojiler

### SUMMARY

#### Headache in Elderly

Approximately 10 % of women and 5 % men at age 70 experience severe recurrent or constant headaches. Severe headache presenting for the first time in a patient over age 50 unusual and requires a thorough medical and neurologic examination. Primary headache etiologies in older patient include tension-type headache, migraine, migraine accompaniments, hypnic, cough headache, chronic daily headache. For all of these effective pain control includes pharmacologic and nonpharmacologic interventions. Secondary etiologies include temporal arteritis, cerebrovascular or cardiac ischemia and intracranial hemorrhage or tumors, trigeminal neuralgia. Head pain may also be cervicogenic origin or related to glaucoma or sleep apnea. In secondary cases, pain management is specific to treatment of the underlying structural or systemic disease.

**Key words:** headache, elderly, primary, secondary etiologies

Toplumda baş ağrısı prevalansı yüksektir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda 18-65 yaş arası baş ağrısı prevalansı % 45-57,5 olarak tespit edilmiştir. Yüzde 31.7 ile en sık gerilim baş ağrısı, % 16 oranında migren baş ağrısı görülmektedir <sup>(1,2)</sup>. Yaş ilerledikçe 60-65 yaş üstü hastalarda baş ağrısı görülme oranı azalır. Yapılan çeşitli çalışmalarda 65 yaş üzeri baş ağrısı prevalansı % 14-59, yineleyici baş ağrısı oranı % 11-17 oranında tespit edilmiştir <sup>(3)</sup>.

Amerika migren çalışmasında, 50 yaş kadınlarda migren prevalansı % 25 iken, bu oran 70 yaş üzerinde % 10, 50 yaş erkeklerde migren % 8 oranında görülürken, 70 yaş ve üzeri % 5 oranında tespit edilmiştir <sup>(4)</sup>.

İleri yaş baş ağrıları da genel değerlendirmede olduğu gibi primer ve sekonder nedenler başlığı altında sınıflandırılabilir. İleri yaşlarda görülen en sık primer baş ağrıları gerilim tipi baş ağrısı, hipnik, birincil öksürük, migren ve geç dönem migren eşlikçileri, kro-

nik günlük baş ağrıları iken serebrovasküler olaylar, sistemik metabolik hastalıklar, nevraljiler, ilaçlar, arteritler gibi hastalıklar da sekonder nedenler arasında sayılabilir <sup>(5)</sup>.

### PRİMER BAŞ AĞRILARI

**Gerilim Tipi Baş Ağrısı:** İki taraflı yaygın hafif ve orta şiddette, sıkıştırıcı vasıfta baş ağrısıdır. Kadınlarda daha sıktır. Bulantı kusma eşlik etmez, fiziksel aktivite ile ağrı artışı olmaz. Işık, ses hassasiyetinden yalnızca birisi ağrıya eşlik edebilir. Günün erken veya geç saatlerinde daha sık görülen ağrı perikraniyal hassasiyetin eşlik ettiği ve etmediği grup olarak epizodik ve kronik formda görülebilir. Kronik formda ayda 15 gün üstü günlük ağrı görülürken epizodik tipte ayda ortalama 6 gün ağrı tanımlanmış ve bu atakların ortalama 12 saat sürdüğü belirtilmiştir <sup>(5)</sup>.

İleri yaş gerilim tipi baş ağrılarına, anksiyete, depres-

**Alındığı Tarih:** Kasım 2013

**Kabul Tarihi:** Aralık 2013

**Yazışma adresi:** Dr. Serap Üçler, SB. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Şişli-İstanbul  
**e-posta:** serap\_ucler@yahoo.com

yon, servikal spondiloz, kötü postür, temporomandi-büler eklem bozuklukları, ilaç aşırı kullanımı, endokrin bozukluklar sıklıkla eşlik etmektedir <sup>(5)</sup>.

Sekonder baş ağrıları gerilim tipi baş ağrısını taklit edebilmektedir, özellikle de ileri yaşta kronik form ağırlıklı olmak üzere sekonder baş ağrıları açısından dikkatli olunmalıdır <sup>(5)</sup>.

Tedavide epizodik tipte kontrollü olarak basit analjezikler, nonsteroid antiinflatuar (NSAİ) ilaçlar kullanılabilir. Profilaktik tedavide ileri yaş grubu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu ağrı grubunda ilk tercih olarak sık kullanılan trisiklik antidepresanlar (amitriptilin) yan etkileri nedeni ile bu yaş grubunda çok dikkatli kullanılmalıdır. Trisiklik gruptan olmayan maprotilin 75 mg, mianserin 30-60 mg, noradrenerjik sepesifik serotonerjik özellikte mirtazapin, seratonin- noradrenalin geri alım inhibitörleri venle-faksin, seratonin geri alım inhibitörleri, anti-epileptik gruptan topiramate, valproik asit denenebilir. Tetik nokta, büyük oksipital sinir blokajları yanı sıra TENS, sıcak soğuk uygulamalar, germe gibi egzersiz tedavileri medikal tedaviye ek olarak uygulanabilecek tedavilerdir. Psikolojik destek, psikofizyolojik tedavi yöntemleri (biofeedback) özellikle bu yaş grubu hastalarda önemli yer tutmaktadır <sup>(6)</sup>.

**Hipnik Baş Ağrısı:** İleri yaş grubunda sık görülen, hastayı uykudan uyandıran künt baş ağrısıdır. Ender gözükür. Elli yaş üstü başlar, kadınlarda daha sıktır, ortalama görülme yaşı 61'dir. Genellikle hep aynı saatte gece hastayı uyandıran, ani başlangıçlı, zonklayıcı, yaygın, orta şiddette, 15-180 dk. süren baş ağrısı vardır. Ek bulgu eşlik etmez, bazen gecede birkaç kez yineleyebilir. Primer baş ağrılarında küme baş ağrısı, paroksizmal hemikraniya, ilaç aşırı kullanımı gelişmiş migren ayırıcı tanıda düşünölmelidir. İlk tanı aşamasında kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG), 24 saatlik tansiyon takibi, polisomnografi, sedim ve CRP dahil ayrıntılı kan testleri istenmeli, özellikle obstruktif uyku apne sendromu, nokturnal hipertansiyon, intrakraniyal yer kaplayan lezyonlar, intrakraniyal hipotansiyon, temporal arterit dışlanmalıdır <sup>(5,6)</sup>.

Tedavide gece yatmadan, tek doz lityum 300-600 mg (renal ve tiroid testler yapılmalıdır), 25-50 mg indometazin (GIS kanama, iskemik kalp hastalığı, kuma-

din, aspirin gibi ilaç kullanımı sorgulanmalı), kafein 40-60 mg, melatonin 3-6 mg kullanılabilir <sup>(5,6)</sup>.

**Öksürük Baş Ağrısı:** Öksürme, gülme ve valsalva manevraları ile ortaya çıkan baş ağrısıdır. Yüzde 50 sekonder nedenlerle ortaya çıkar, en sık olarak da Arnold-Chiari malformasyon, foremen magnum seviyesi yapısal lezyonları rüptüre olmamış anevrizmalar, intrakraniyal hipotansiyon, subdural hematomlar ağrıya neden olabilirler.

Sekonder nedenler olmadan benign karakterde öksürük baş ağrısı daha enderdir. İleri yaş, ortalama 67 yaş erkeklerde sık görülür. Öksürme, gülme valsava manevraları sırasında bilateral oksipital bölgede ani olarak başlayan ağrı, patlayıcı keskin karakterdedir ve 1-2 saniye ile 30 dk. arası sürer. Ek bulgu eşlik etmez. Ağrı epizodiktir, tedavili ya da tedavisiz kendini 1-42 ayda sınırlar.

Genç bir hastada, uzun süredir tedaviye dirençli olan, ağrıyla birlikte baş dönmesi gibi ek semptomları olan hastalarda sekonder nedenler çok dikkatli araştırılmalıdır.

Benign karakterdeki öksürük baş ağrısında, öksürüğün olduğu periyotlarda ya da valsalva manevraları ile sık yineleyen ağrılarda daha uzun süreli indometazin, asetozolamid, topiramate tedavide kullanılabilir <sup>(5-7)</sup>.

**Migren:** Özellikle kadınlarda menopoz sonrası olmak üzere, ileri yaşlarda migren atak sıklığı azalmaya başlar ağrı şiddeti azalır, ağrıya eşlik eden bulantı kusma sık görülmez. Ancak, ileri yaşlarda sıklıkla ağrı olmadan aura olarak ya da migren varyantları olarak adlandırılan bulgular daha sık görülür. Bunlar görsel, duyuşsal, motor, ve davranışsal bulgulardır. Erkeklerde daha sık görölmektedirler. Görsel bulgular, geçici körlük, homonium görme alanı defekti, perdeli görme şeklinde görülürken, ekstremitelerde paresteziler, ağırlık hissi, ataksi, işitme kaybı, kulak çınlaması, baş dönmesi, dizartri ya da afazi şeklinde konuşma bozuklukları ortaya çıkabilir. Tüm bu bulgulara % 50 oranında ağrı eşlik edebilir. Özellikle ilk atak ortaya çıktığında geçici iskemik atak başta olmak üzere diğer sekonder nedenler dışlanmış olmalıdır. Görsel bulgular aurada pozitif fenomenler ağırlıktadır, sıklıkla her iki gözdedir, 5-60 dk. süreyle görülür, iskemik atak daha kısadır tek gözde görülür, negatif fenomenler

ağrılık taşır. Uyuşmalar dereceli başlar ve yukarı ya da aşağı doğru ilerler, 20-30 dk. sürer, iskemik atak da ise başlangıç anidir, daha kısa sürer, aurada uyuşan ilk bölge en son olarak düzelir, geçici iskemik atakta aynı anda düzelme görülür. Bir-3 saat süreli geçici hafıza kayıpları da bu yaş grubunda migrenle bağlantılı olabilir<sup>(6-8)</sup>.

Aura bulguları ön planda olan bu migren tablosunda tedavide ergotaminler ve triptan kontrendikedir. Ender görülen ataklarda takip yeterli olabilir, sık ataklarda ek hastalık ve kullanılan ilaçlar göz önünde bulundurulup, kalsiyum kanal blokerleri, düşük doz antiepileptikler, antidepresanlar kullanılabilir. Ağrı eklenen ataklarda ayda 3-4 günü geçmeyecek şekilde NSAİ ilaçlar kullanılabilir. İskemi için ek risk faktörü çok olan, sık ve iskemi ile ayırımı tam yapılamayan ataklar için antiagregan tedavi planlanabilir<sup>(6-8)</sup>.

**Kronik Günlük Baş Ağrısı:** 60 yaş üstü özellikle kadınlarda kronik günlük baş ağrısı (KGBA) genel kadın cinsiyetine göre daha sık görülmektedir. KGBA etiolojisinde uzun ve kısa süreli ağrı ile giden primer baş ağrıları ve sekonder nedenler olabilir. Kronik migren, gerilim tipi baş ağrıları, hemikraniya kontünua, SUNCT sendromu, yeni günlük ısrarlı baş ağrısı gibi. Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı öyküsü olan hastalarda gelişen ilaç aşırı kullanım baş ağrısı, ileri yaş grubunda ciddi sorunlar yaratmaktadır. Üç aydan uzun süredir ayda 15 gün üstü baş ağrısı çeken hastalarda 10 gün ve üzeri ergotamin, triptan, opioid, kombine analjezik ya da 15 gün ve üzeri basit analjezik, NSAİ ilaç kullanımı mevcuttur. Tedavide sık kullanılan ağrı kesici birden ya da kademeli olarak kesilip, alttaki migren ya da gerilim tipi baş ağrısı için profilaktik tedavi başlanır. İlaç kesimi dönemi farmakolojik ve nonfarmakolojik destek önemlidir<sup>(5,9,10)</sup>.

## SEKONDER BAŞ AĞRILARI

İleri yaş grubunda da çok çeşitli nedenlere bağlı sekonder baş ağrısı ortaya çıkabilir. Sekonder baş ağrıları ortalama % 10 oranında görülürler, acil servise başvuruların % 1.6'sını, nörolojik acile başvurunun % 37'sini oluşturur, % 5 yaşamı tehdit eden neden vardır. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği, primer baş ağrılarında olduğu gibi sekonder nedenleri de ana başlıklarda toplamış ve tanı kriterlerini yayınlamıştır, yakın zamanda da yeni revize edilmiş kriterleri ya-

yınlayacaktır.

Sekonder ya da ikincil baş ağrıları baş boyun travmalarına, damarsal ya da damarsal olmayan kafa içi bozukluklara, madde ya da ilaç kullanımı ya da bırakılmasına, infeksiyonlara, sistemik hastalıklara, göz, yüz, kulak, sinüs dış hastalıklarına, psikiyatrik nedenlere bağlı ortaya çıkabilir. Nevraljiler ve yüz ağrıları da ayrı bir bölümde ele alınmıştır<sup>(6-8,11,12)</sup>.

## Travma

Travma sonrası baş ağrısı akut olarak 7 gün içinde ortaya çıkar 3 ayda düzelir, 3 ay üzerinde kronik ağrılar ortaya çıkabilir. Yaşlılarda travmaya bağlı kronik subdural hematoma baş ağrısı sık görülür. İlerleyici ağrı, bilişsel bozukluk, hafif nörolojik bulgularda akla gelmelidir. Beyin kraniyotomi ameliyatlarından sonra akut veya kronik formda baş ağrıları görülebilir. Posterior fossa işlemlerinde özellikle akustik nörinomlar için yapılan subokspital kraniyotomilerde ağrı daha fazla görülür.

Travma sonrası kronik baş ağrıları tedaviye dirençli olabilir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ve gerilim tipi baş ağrısına, depresyon ve anksiyeteye dikkat edilmelidir. Psikoterapi, davranışsal terapiler yanı sıra, antidepresanlar, antiepileptikler (valproik asit, gabapentin, pregabalin, topiramate) tedavide kullanılabilir<sup>(6,11,12)</sup>.

## Servikal ve Kranial Damarsal Bozukluklar

İleri yaş grubunda, serebral iskemi, hematoma, damarsal malformasyonlar, arteritler baş ağrısına neden olurlar.

**İskemik serebrovasküler olay:** Olayla eşzamanlı olarak posterior dolaşım iskemilerinde daha belirgin % 17-34 oranında baş ağrısı görülür. Kardiyembolik inmelerde ağrı daha uzundur, ağrının belli bir özelliği yoktur, hafif ya da şiddetli olabilir, bulantı kusma eşlik edebilir.

**Serebral hemorajiler:** Baş ağrısı daha sıktır. % 36-65 oranında görülür. Serebellar ve lobar kanamalarda, talamik, beyin sapı, kaudal kanamalara göre daha sık görülür. Ağrı şiddetlidir, kanama ile aynı tarafa lokalize olur, 24 saatten uzun sürer. Bazen kanamadan önce

haberci baş ağrıları olabilir. Putaminal kanamaların üçte ikisinde ipsilateral frontal baş ağrısı görülür. Tedavide spesifik tedavi yaklaşımı yoktur, çok şiddetli ağrılarda tek doz yüksek kortikosteroid denenebilir.

Rüptüre olmamış anevrizmalarda ve AVM'lerde ortalama % 18 oranında ağrı görülebilir ve bu ağrılar atipik özelliklerde primer baş ağrılarını taklit edebilir.

İleri yaş grubunda, karotis anjioplasti yapılmış hastalarda ilk 1 hafta içinde gelişen ve bir ayda geçen baş ağrısı tanımlanırken, karotis endarterektomi uygulanan hastalarda, yaygın hafif bir baş ağrısı yanı sıra 2-3 saat süreli, günde birkaç kez yineleyen küme benzeri baş ağrısı da görülebilir, bir ayda düzelir.

Dev hücreli arterit (Temporal arterit): Elli yaş üstü, yeni başlayan baş ağrılarında % 20-30 kalıcı körlük gelişme riskinden dolayı kesinlikle akla gelmesi gereken önemli bir baş ağrısı nedenidir. Tüm arteritler içinde baş ağrısı ile ilişkisi en belirgin hastalıktır. Başlıca orta ve büyük boy arterleri etkileyen sistemik bir vaskülitir. Aralıklı veya sürekli olarak, tek ya da iki taraflı, frontal ve temporal bölgede ağrı vardır. Ağrıya ateş, kilo kaybı, halsizlik, depresyon, çene kladi-kasyonu, polimyaljiya romatika eşlik edebilir. Oküler bulgular arasında anterior ve posterior iskemik optik nöropati, santral retinal arter oklüzyonu, silioretinal arter oklüzyonu, amorazis fugaks, diplopi, oküler kas paralizileri görülebilir. Hastalardaki görme kaybı tek ya da iki taraflı olabilir. Hastalarda serebrovasküler olay, demans gelişme riski vardır. Şiş ve duyarlı saçlı deri arteri olabilir, temporal arterde nabız azalmış olabilir, alınmayabilir.

Sedimentasyon yüksekliği en sık görülen laboratuvar anormallığıdır, CRP gibi akut faz reaktanlarında yükseklik görülür, kesin tanı temporal arter biopsisi ile konulur.

Tedavide uzun süreli kortikosteroidler ve bazı hastalarda diğer immünsupresan ajanlar kullanılabilir. Prednizon 60-80 mg başlanıp, birinci aydan sonra doz yavaşça azaltılır, 10-20 mg ile idame sağlanabilir. Hızlı görme kaybı olan hastalarda en az 3 gün olmak üzere iv kortikosteroid verilmeli sonra oral tedaviye geçilmelidir. Ağrı tedavinin 3. gününden itibaren geriler. Yaşlı hasta grubunda steroid yan etkilerinden dolayı, gastrik koruma, osteoporozis için

destek tedavisi planlanmalıdır. Hastalarda kan şekeri, tansiyon, göz içi basıncı ve katarakt kontrolü yapılmalıdır (6,11,12).

### **Damarsal Olmayan Kafaiçi Bozukluklar**

Bu grupta kafa içi basınç yüksekliği, basınç düşüklüğü, enfeksiyöz olmayan sarkoidoz gibi inflamatuvar baş ağrıları, intrakraniyal neoplaziler, epileptik nöbetlerle ilişkili ağrılar, Chiari malformasyona bağlı baş ağrısı ve HaNDL sendromu yer alır.

Kafaiçi basınç yüksekliği: Yaşlı hastalarda kafaiçi basınç yüksekliği daha çok metabolik, toksik, hormonal nedenlere, travmaya, intrakraniyal neoplazilere, obsrükatif hidrosefaliye bağlıdır. Günlük, difüz, sabahları kötüleşen valsalva manevraları ile artan ağrı vardır. Görme bozuklukları, 6. kraniyal sinir paralizisi, papil ödem eşlik eder. BOS basıncı yüksektir. Normal basıncılı hidrosefali baş ağrısı yapmaz.

Pitüiter tümörler: Lokal yapısal etkiler ile ya da hormonal mekanizmalar ile baş ağrısı yaparlar. Prolaktin, büyüme hormonu, adrenokortikotropik hormon salgılayan 10 mm altı mikroadenomlar değişik karakterlerde hastaların yarısında dizabiliteye neden olacak düzeyde baş ağrısı yaparlar. Küme baş ağrısını, SUNCT sendromunu, migreni taklit edebilirler ve cerrahi ve spesifik hormon düzenleyici tedavi ile düzelirler. Hipofizer makroadenomlar kavernoöz sinüse bası yaparak ağrılı oftalmoplejilere neden olabilirler.

Düşük BOS basıncı baş ağrısı: Oturunca ve ayağa kalkınca 15 dk. içinde kötüleşen, uzanınca 15 dk.'da düzelen baş ağrısı öyküsünde, düşük BOS basıncına bağlı gelişen postural baş ağrısı akla gelmelidir. Lomber spinal anesteziye bağlı, lomber ponksiyon sonrası görülebileceği gibi travma sonrası fistül gelişimi ya da spontan gelişebilir. Ağrıya boyun sertliği, tinnitus, hipoakuzi, fotofobi, fonofobi eşlik edebilir. Kontraslı kraniyal MRG'de pakimeningeal kontrast tutulumu, subdural koleksiyon, beynin aşağı doğru fıtıklaşması görülebilir. Ciddi ve yeterli tedavi edilmemiş olgularda ilerleyici subdural koleksiyon ciddi sorunlar yaratabilir. Kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde bilateral subdural hematoma görüntüsünde bu tablo akla gelmelidir. BOS basıncı 60 mmH<sub>2</sub>O altındadır.

Tedavide hidrasyon, istirahat, kafein teofilin, epidural kan yaması uygulanır <sup>(6,8,12)</sup>.

### **Bir Madde veya Bunun Kesilmesine Bağlı Baş Ağrısı**

İleri yaş hastalarda daha önce bahsedilen migren ve gerilim tipi baş ağrısı üzerine gelişen ilaç aşırı kullanımı dışında, bazı maddelere maruz kalmak, çoklu sistemik hastalıklar için kullanılan bazı ilaçlar, bazı besinler baş ağrısına neden olabilmektedir. Yeni başlangıçlı baş ağrısında kullanılan ilaçlar kesinlikle sorulanmalıdır.

En bilinen gruplardan bir tanesi nitrik oksit vericilerinin yarattığı baş ağrısıdır (nitrogliserin, dinamit, sosisli sandiviç baş ağrısı). Bu gruptan en çok bilinen ajan, gliseril trinitrat (nitrogliserin) tansiyon kontrolü ve vazodilatör amaçlı kullanılır. İlaç alımından 10 dk. sonra ağrı başlar ve 1 saat içinde geçer, kronik kullanımda 1 hafta içinde tolerans gelişir ama aralıklı kullanımda yine baş ağrısı ortaya çıkar. İzosorbit dinitrat (isordil), sodyum nitroprussid, mannitol heksanitrat benzer baş ağrılarına neden olurlar.

Sildenafil, dipridamol gibi fosfodiesteraz inhibitörleri, bilateral frontotemporal bölgede zonklayıcı, ilaç alımından sonra 5 saatte ortaya çıkıp, 72 saatte düzelen ağrı yaparlar.

Kardiyovasküler ilaç grubundan atenolol, hidalazin, kalsiyum kanal blokerleri baş ağrısı yaparlar. Amiodron nadiren kafaiçi basınç artışına neden olabilir.

Gastrointestinal sistem ilaçlarından simetidin, ranitidin, omeprazol, lansoprozol migren benzeri ısrarcı, kısmen şiddetli baş ağrısı yapabilirler.

Astım ilaçlarından teofilin, aminofilin terbütalin vas-küler tipte ağrı yaparken, antiparkinsoniyen dopa agonistleri de migren benzeri baş ağrısı yapabilirler. SSRI grubu antidepresanlar, onkolojik ilaçlar da baş ağrısı yapabilmektedirler <sup>(6-8,12)</sup>.

### **Hemostaz Bozukluğuna Bağlı Baş Ağrısı**

Özellikle ileri yaş grubunda metabolik, sistemik hastalıklara bağlı baş ağrıları açısından dikkatli olmak gereklidir.

Uyku apne sendromu: Apne derecesi ile de bağlantılı olarak ayda 15 gün üzeri sabahları 30 dk. veya daha uzun süreli, bilateral basınç hissi şeklinde baş ağrısı ortaya çıkabilir. Apne tedavisinden 72 saat sonra ağrılar düzelir.

Arteriyel hipertansiyon: Tansiyon yükselmesi baş ağrısı yapabilir, burada kan basıncının yükselme hızı ve miktarı önemlidir. Normotansif bireylerde ani olarak kan basıncının 160/100 mmHg üzerine, hipertansif bireylerde ise 250/150 mmHg üzerine çıkması ile hipertansif ensefalopati tablosu gelişebilir ve hastalarda ciddi baş ağrısı ve ek semptomlar görülebilir, bu hastalarda beyin görüntüleme posterior reversibl lökoensefalopati ile uyumlu bulgulara dikkat edilmelidir. Hipertansif ensefalopati kliniği olmadan, kan basıncının sistolik 160 mmHg ve/veya diastolik 120 mmHg üzerine ani paroksizmal yükselmeleri sonucu oluşan hipertansif kriz sırasında bilateral zonklayıcı fiziksel aktivite ile artan baş ağrısı ortaya çıkar, tansiyon düşürüldükten sonra 1 saat içinde düzelir. Ani paroksizmal yükselmeler olmadığı sürece kronik, hafif-orta dereceli hipertansiyon baş ağrısı nedeni değildir.

Kardiyak baş ağrısı: Daha önce baş ağrısı olmayan özellikle de erkeklerde, zorlu egzersizin başında ortaya çıkan, tek taraflı şiddetli, bulantının eşlik ettiği ağrılarda neden miyokard iskemisi olabilir. Bu baş ağrısı % 6-27 oranında akut kardiyak olayın tek bulgusu olabilir, ağrı kesicilere yanıt vermez, iskemi tedavisi ile düzelir. Restenozda ağrı yineleyebilir.

Hemodiyaliz baş ağrısı: Kadınlarda daha belirgin olmak üzere hemodiyalize giren hastalarda seansların hemen hemen yarısında, % 21-79 oranında, diyaliz başladıktan 3-4 saat sonra ortalama 4 saat süren, fronto temporal bölgede zonklayıcı orta dereceli başlayıp şiddetlenen baş ağrısı görülebilir. Diyaliz süresi, tipi, diyaliz öncesi ve sonrası üre değerlerindeki farkın çok olması, diyaliz öncesi ortalama kan basıncının yüksek olması ağrıya neden olan nedenler olarak belirtilmektedir. Tedavi önerileri, kan basıncı takibi gerekirse ACE inhibitörlerinin tedaviye eklenmesi, diyaliz süresinin yavaşlatılması, bikarbonat ayarının düzenlenmesi, hemodiyaliz başında kan akım hızının düşük tutulması olabilir.

Hipotiroidizm: Semptomlar geliştikten sonra 2 ay içinde, bilateral, günlük ısrarcı baş ağrısı gelişebilir.

Primer baş ağrılarının kronikleşmesinde akla gelmelidir (6,12).

### Boyun, Göz, Diğer Yüz ve Kafa Yapılarına Ait Baş Ağrıları

**Servikojenik baş ağrısı:** Üst servikal bölge kasları, kasların kemiğe yapışma yerleri, eklemler, diskler, sinir ve sinir köklerinden kaynaklanan gösterilebilen bir neden olsun veya olmasın, tek taraflı boyundan başlayıp öne doğru yayılan baş ağrısıdır. Kadınlarda sık görülür, ileri yaş özellikle de 8. dekatta görülme sıklığı artar. Whiplash tarzı travma ortaya çıkışı tetikler. Ağrı taraf değiştirmez, süresi değişkendir, birkaç gün ya da haftalar boyu sürebilir, kronik dalgalı seyir gösterebilir. Baş ve boyun hareketleri ağrıyı tetikler, öne yayılan ağrı ile aynı zamanda ağrının olduğu taraftaki kol ve omuzda nonradiküler ağrı ve uyuşma görülebilir. Boyun hareket genişliği kısıtlıdır. Palpasyonda büyük, küçük oksipital sinir traseleri ve faset eklemlerde hassasiyet bulunabilir ve bu noktaların mekanik olarak bastırılması ile ağrı tetiklenebilir. Ağrı sırasında büyük veya küçük oksipital sinire uzun etkili lokal anestezik ile blokaj yapılır, ağrıda % 90 azalma tanıyı kesinleştirir. Ağrı triptan ya da ergotamine yanıt vermez, tekrarlayıcı blokaj ve TENS tedavisi etkilidir. İlk tanı aşamasında görüntüleme yapılmalıdır. Servikal spondiloz ve osteoartrit geçerli baş ağrısı nedeni olarak kabul edilmezler.

**Akut glokom:** Gözde ve frontal bölgede ağrı, bulanık görme, ışıklar etrafında renkli halkalar görme, bulantı kusma görülür. Konjunktivada kanlanma, ışığa yanıt vermeyen orta derecede dilate pupil bulgular arasındadır. Acil olarak göz içi basıncı düşürülmelidir.

**Temporamandibular eklem bozukluğu:** İleri yaş grubunda temporamandibular eklem veya ilişkili yapılara ait ağrı sıklıkla. Eklem hipermobilitesi, dislokasyonu, osteoartrit, romatoid artrit bağlı gelişebilir, miyofasiyal ağrı, temporal arterit gibi ağrılı diğer durumlara eşlik edebilir. Çene hareketleri ve sert yiyeceklerin çiğnenmesi ile baş ve yüzde ağrı hissedilir. Çene açıklığı azalması, hareket sırasında eklemde ses gelmesi, eklem kapsülünde duyarlılık gözlemlenebilir. Etiyolojiye göre tedavi düzenlenmelidir (6,11,12).

### Kraniyal Nevraljiler ve Yüz Ağrıları

**Trigeminal nevralsi:** En sık görülen fasiyal ağrı sendromudur. Kadınlarda sıklıkla ve görülme insidans hızı her iki cinste yaşla artarak 60 yaş üzerinde en yüksek düzeye ulaşır. Ani başlayan paroksizmal, şiddetli, elektrik çarpmasına benzeyen veya saplanıcı ağrı özellikleri vardır. Ağrı en sık zigomatik kemik, burun, üst dudak ve dişlerde hissedilir. Ağrı genellikle yüzün bir tarafındadır ve birkaç saniye ile 2 dk. arası sürer. Ağrı yemek yeme, yüz yıkama, diş fırçalama gibi eylemlerle tetiklenebildiği gibi spontan olarak da başlayabilir. Duyusal bozuklukların bulunması, erken başlangıç yaşı, trigeminal sinirin ilk dalının tutulması, bilateral yerleşim, tedaviye yanıtızlıkta nevralsinin semptomatik olma olasılığı yüksektir. Tanı aşamasında beyin MRG, gerekiyorsa MR anjiyografi yapılmalıdır. Tedavide karbamezapin, okskarbazepin en sık kullanılan ajanlardır. Baklofen, lamotrijin, klonozepam, gabapentin, valproik asit dirençli olgularda tedaviye eklenebilir. Fenitoin ile ilgili veriler yetersizdir. Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi tedaviler uygulanır.

**Postherpetik nevralsi:** Akut herpes zosterin veziküler erüpsiyonunun iyileşmesinden sonra, hastalığın başlangıcından sonra en az 3 ay, etkilenen dermatomda nevralsi ağrısının çıkmasıdır. Altmış yaşın üzerinde hastalığa yakalananların yarısı etkilenir. Sürekli yanıcı bir ağrıya aralıklarla zonklayıcı, delici, batıcı nitelikte ağrılar eklenir, bu ağrılı durum çoğu hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Yüzde 16 oranında ağrılar 6 ay devam edebilir. Gabapentin, pregabalin, amitriptilin tedavide kullanılabilecek ajanlardır.

**Oküler diyabetik nöropati:** İleri yaşlarda daha sık olmak üzere, diyabetli hastalarda bir veya daha fazla oküler sinir parezisinin eşlik ettiği göz çevresi ve alında ağrı ile giden bu tabloda çoğunlukla pupilin korunduğu üçüncü sinir paralizisi görülür. Ağrı değişken sürelerde kendini sınırlar (6-8,11,12).

### KAYNAKLAR

1. Biondi DM, Saper JR. Geriatric headache: How to make the diagnosis and manage the pain. *Geriatrics* 2000; 55(12): 43-45.
2. Ertas M, Baykan B, Orhan EK, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain* 2012; 13(2): 147-157.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10194-011-0414-5>  
PMid:22246025 PMCID:PMC3274583

3. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack, frequency, disability and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70(3): 377-381.  
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.70.3.377>  
PMCID:PMC1737286
4. Haan J, Hollander J, Ferrari MD. Migraine in the elderly. A Review. *Cephalgia* 2007; 27: 97-106.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01250.x>  
PMid:17257228
5. John G. Edmeads, Shuu-Jiun Wang. Headaches in the Elderly. The Headaches 3rd Edition. Jesolesen, Peter J. Goadsby, Nabih M. Ramadan, Peer Tfelt-hansen, K. Micheal A. Welch. LW&W Philadelphia 2006, 1105-1110.
6. Nörolojide Yeni Ufuklar, Başağrıları, Editör Levent Ertuğrul İnan. Güneş Tıp Kitabevleri Ankara 2011.
7. Thomas N, Ward MR. Headache disorders in the elderly. *Current Treatment Options in Neurology* 2002; 4(5): 403-408.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11940-002-0051-z>
8. Kunkel RS. Headaches in older patients: special problems and concerns. *Cleve Clin J Med* 2006; 73(10): 922-928.  
<http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.73.10.922>  
PMid:17044317
9. Ozge A. Chronic daily headache in the elderly. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17 (12): 382-383.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0382-3>  
PMid:24173611
10. Hershey LA, Bednarczyk EM. Treatment of headache in the elderly. *Curr Treat Options Neurol* 2013; 15: 56-62.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11940-012-0205-6>  
PMid:23054583 PMCID:PMC3553408
11. Bamford CC, Mays M, Tepper SJ. Unusual headache in the elderly. *Curr Pain Headache Rep* 2011; 15 (44): 295-301.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11916-011-0196-0>  
PMid:21455737
12. Tangenelli P. Secondary headaches in the elderly. *Neurol Sci* 2010; 31(1): 73-76.