



ACİL SERVİSE BAŞAĞRISI YAKINMASI İLE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öz

Giriş: Yaşlı hastalarda nörolojik sorunlara özellikle acil poliklinikte sıkça rastlanmaktadır. Başağrılarını bu problemlerden biri olup bazen ciddi bir hastalığın ilk ve hatta tek belirtisi olabilir. Bu çalışmada amaç; yalnızca başağrısı yakınması ile acil servise başvuran hastaların geriye dönük olarak incelenmesi epidemiyolojik çalışmalar için ön veri toplanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Başağrısı nedeniyle acil servise kabul edilen hastaların kayıtlarından yaş ve cinsleri yanı sıra başağrısı tipi, nedenleri ve hastaneye yatış oranları incelenmiştir.

Bulgular: 01.01.2006-1.12.2007 yılları acil servise kabul edilen toplam 3851 olgunun 84'ünü yalnızca başağrısı ile sı yakınması ile acile kabul edilmiştir. Olguların 49'u (% 58.3) kadın, 35'i (%41.6) erkektir. Başağrısı olgulardan 66'sında (%78.5) akut, 18'i (%21.4) subakut olarak başlanmıştır. Başağrısının en sık nedeni hipertansiyon ve serebrovasküler hastalıklardır. Elli bir hasta (%60.1) hastaneye yatırılmış, 29'u (%34.5) reçete düzenlenerek eve gönderilmiştir. Dört hasta (%4.7) yatışı kabul etmemiştir.

Sonuç: Yaşlı popülasyonunda başağrısı daha çok kadınlarda ve sekonder nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta olup başağrılı hastaların etyolojik yönden irdelenmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Başağrısı; Yaşlı hasta; Acil servis.



THE EVALUATION OF GERIATRIC PATIENTS WITH HEADACHE ADMITTED TO THE EMERGENCY UNIT

ABSTRACT

Introduction: Neurological problems are common in the elderly, especially in the emergency unit. Headache is one of them, and it can be the first and sometimes the only symptom of a serious disease. We aimed to retrospectively examine the patients admitted to the emergency room with a complaint of headache only, and to collect data for epidemiological studies.

Materials and Method: Age and gender besides the type and cause of headache, rate of hospitalization and distribution of patients admitted to the Emergency Room with a complaint of headache were examined from their records.

Results: Eighty-four patients out of 3851, accepted to the Cukurova University Faculty of Medicine, Department of Emergency between January 2006 and December 2007, had a complaint of headache. Forty nine (58.3%) of the cases were female while 35 (41.6%) of them were male. The onset was acute in 66 cases and subacute in 18 cases. The most common causes of headache were hypertensive attacks and cerebrovascular diseases. Fifty-one (60.1%) cases were hospitalized while 29 (34.5%) were sent home with a prescription, and four (4.7%) patients refused hospitalization.

Conclusion: In the elderly population, headache is predominant in females and mainly develops secondary to another disease. Thus, patients complaining of a headache should be investigated etiologically.

Key Words: Headache; Elderly; Emergency room.

İletişim (Correspondance)

Filiz KOÇ
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı ADANA
Tlf: 0322 338 60 60
e-posta: koc.filiz@gmail.com

Geliş Tarihi: 19/01/2009
(Received)

Kabul Tarihi: 18/02/2009
(Accepted)

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı ADANA
² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı ADANA



GİRİŞ

Baş ağrısı, günlük pratiğimizde gençlerde daha sık görülmeyle birlikte her yaşta sıkça karşılaştığımız problemlerden biridir. Baş ağrısının 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda 10., erkeklerde ise 14. en sık görülen semptom olduğu bildirilmiştir (1). Baş ağrısı yaşla azalmakla birlikte yaşlıların yaklaşık %66'sında baş ağrısı yakınmalarının olduğu hatta 70 yaşındaki kadınların %10, erkeklerin ise %5'inde hala ciddi baş ağrılarının görülebildiği rapor edilmiştir (2-6). Baş ağrısı prevalansı 70 yaşın üzerindeki bireylerde yaklaşık %11-17'dir (7).

Baş ağrısı yaşlı hastalarda yaşamı tehdit eden hastalıkların belirteçlerinden biri olabilir. Bu nedenle subaraknoid kanama, subdural hematoma, dev hücreli arterit, intrakraniyal kitle, inme, açık açılı glokom, menenjit, ensefalit ve ilaç kesilme sendromları gibi sekonder nedenlerin dışlanması gerekir.

Bu makalede acil servise yalnızca baş ağrısı yakınması ile başvuran olguların yaş ve cinsiyetin yanı sıra baş ağrısı nedenleri ve hospitalizasyon durumu yönünden değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi acil servisine 01.01.2006-01.12.2007 yılları arasındaki bir yıllık süreçte baş ağrısı yakınması ile başvuran geriatric hastaların geriye dönük kayıtları incelenmiştir. İncelemede hastaların yaş, cinsiyet, etyolojik nedenler ve hastaneye yatış sıklıkları değerlendirilmeye alınmıştır. Baş ağrısına eşlik eden herhangi bir ek yakınması olan hastalar yanı sıra geçirilmiş inme, kronik obstruktif akciğer hastalığı, hematolojik ve neoplastik hastalığı olanlar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmada verileri değerlendirmek için ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Acil servise bir yıllık süreçte 65 yaş ve üzerinde 3851 hasta başvurmuş olup bunlardan 84'ü (%2.2) baş ağrısı yakınması ile kliniğe kabul edilmiştir. Hastaların yaşları 65-87 arasında değişmekte olup ortalama yaş 72.7 ± 6.1 'dir. Hastaların 49'u (%68.3) kadın, 35'i (%41.6) erkek'tir. Baş ağrısı hastaların 66'sında (%78.5) akut, 18'inde (%21.4) ise subakut olarak başlamıştır.

Hastalardan detaylı öykü alındıktan sonra ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene yapılmıştır. Ayrıca tam kan sayımı, biyokimya paneli ve nöroloji konsültasyonu doğrultusunda gerekli olgulara nörogörüntüleme yapılmıştır. Anamnez, mu-

Tablo 1— Baş ağrılarının Etiyolojik Açısından Dağılımı

Etyoloji	Sayı	%
Hipertansif atak	18	22.6
Subaraknoid kanama	15	17.8
İskemik inme	14	16.6
Sinüzit	8	9.5
Glokom atağı	5	5.9
Subdural kanama	4	4.7
Ensefalit	3	3.5
Intrakraniyal kitle	3	3.5
Kronik böbrek yetmezliği ve üremi	2	2.3
Gerilim tipi baş ağrısı	2	2.3
Menenjit	2	2.3
Fibromiyalji	2	2.3
Kronik miyeloid lösemi	1	1.1
Miyelodisplastik sendrom	1	1.1
Hipoglisemi	1	1.1
Serebral abse	1	1.1
Anemi	1	1.1
Toplam	84	100.0

ayene, tetkikler ışığında baş ağrısı, hastaların 18'inde (%22.6) hipertansif atak, 15'inde (%17.8) subaraknoid kanama, 14'ünde (%16.6) inme, 8'inde (%9.5) sinüzit, 5'inde (%5.9) glokom atağı, 4'ünde (%4.7) subdural hematoma, 3'ünde (%3.5) ensefalit, 3'ünde (%3.5) intrakraniyal kitle, 2'sinde (%2.3) kronik böbrek yetmezliği, 2'sinde (%2.3) gerilim tipi baş ağrısı, 5'inde (5.9) sırasıyla kronik miyeloid lösemi, miyelodisplastik sendrom, hipoglisemi, serebral abse ve anemi ile ilişkilendirilmiştir (Tablo 1).

Ellibir hasta (%60.1) hastaneye yatırılırken, 29'u (%34.5) reçete düzenlenerek eve gönderilmiştir. Dört olgu (%4.7) ise hastaneye yatışı kabul etmemiştir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Yapılan çalışmalarda genel acil servise başvuran olguların %1.2-1.7'sini baş ağrısı şikayeti olan hastaların oluştur-

Tablo 2— Hastaların Prognozu

Prognoz	Sayı	%
Hastaneye yatış	51	60.1
Medikal tedavi (reçete yazıldı)	29	34.5
Hastaneye yatışı kabul etmedi	4	4.7



dukları ve bunların yarısından fazlasını ise kadınların oluşturduğu bildirilmiştir (8,9). Siva ve arkadaşları Hızır Acil Servisi'ne başağrısı yakınması ile kabul edilen ve başlangıçta anlamlı bir muayene bulgusu taşımayan başağrılı hastaların %33'ünün yapılan tetkik veya daha sonra gelişen bulgular nedeniyle hastaneye yatırıldıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca akut gelişimli başağrısı olan hastaların %7.3'ünü kaybettiklerini bildirmişlerdir (8). Çukurova Üniversitesinde yapılan çalışmada acil servise başvuranların %68.3'ünü kadın, %41.6'sını erkeklerin oluşturduğu 65 yaş üzeri hastalarda başağrısı sıklığı %2.2 olarak belirlenmiştir. Başağrısı hastaların %78.5'inde akut, %21.4'ünde ise subakut olarak başlamıştır. Hastaların %60.1 gibi büyük bir bölümü hastaneye yatırılmıştır. Bu veriler başağrısının semptomatik tedavi ile geçiştirilip basit bir semptom gibi algılanmaması gerektiğini göstermektedir.

Başağrısı ile ilgili ilk sınıflama 1962 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Ad Hoc Komitesi tarafından yapılmış olup bu sınıflama 1988'de Uluslararası Baş ağrısı Cemiyeti (International Headache Society-IHS) tarafından değiştirilmiştir. IHS'nin 1988 ve son olarak 2004'te yayınladığı başağrılarını sınıflama rehberlerinde başağrılarını, primer baş ağrılarını, sekonder başağrılarını ve kraniyal nevraller, santral ve fasyal ağrılar ve diğer baş ağrılarını olarak sınıflandırmıştır (Tablo 3) (10).

IHS; primer başağrılarını migren, gerilim tipi baş ağrısı, küme ve diğer otonomik trigeminal baş ağrılarını ve diğer baş ağrılarını şeklinde sınıflıy etmiştir. Trainor ve arkadaşları acil servise başağrısı yakınması ile başvuran primer başağrılı olguların %45.1'inin migren, %33.2'sinin migrenöz başağrısı %21.7'sinin ise gerilim başağrısı olduğunu rapor etmiştir (11). Altmışbeş yaş ve üzerindeki popülasyonda primer başağrısı prevalansı ile değişik çalışmalar yapılmış olup migren

prevalansı kadınlarda %2-13.8, erkeklerde %0.7 – 7.4, gerilim tipi başağrısı prevalansı kadınlarda %4-55.1, erkeklerde %1.2-30.9 olarak bildirilmiştir (12-15). Bizim serimizde iki kadın hastada (%2.3) gerilim tipi başağrısı saptanmıştır.

IHS sınıflamasına göre başağrısına inme, enfeksiyon, glokom, intrakraniyal kitle gibi ikincil bir olay neden olursa bu "sekonder baş ağrısı" olarak adlandırılır. Sekonder baş ağrılarını servikal, vasküler ve nonvasküler intrakraniyal hastalıklarla ilgili baş ağrılarını, psikiyatrik bozukluklar, enfeksiyon, homeostaz bozuklukları, kafa, boyun, gözler, kulak, sinüsler, dişler veya diğer fasyal ve kraniyal yapılardan kaynaklanabilir (Tablo 2) (10).

Gençler ve yaşlılarda görülen başağrısı arasındaki en önemli fark yaşlılarda sekonder baş ağrılarını daha sık iken gençlerde primer baş ağrılarının daha sık görülmesidir. Sekonder baş ağrılarını yaşlı popülasyonda görülen tüm baş ağrılarının yaklaşık 1/3'ünü oluşturur (4). Eğer başağrısı akut ve/veya subakut başlamışsa, hasta 65 yaş ve üzerinde ise etyolojide mutlaka subdural hematoma, intrakraniyal kitle, iskemik inme gibi serebrovasküler hastalıklar, dev hücreli arterit, trigeminal, glossofaringeal ve postherpetik nevraller, göz, kulak ve sinüslerden kaynaklanan sekonder nedenler dışlanmalıdır. Diyabet, böbrek yetmezliği gibi sistemik hastalıklar, analjeziklerin rebound etkisi ve ilaçların yan etkilerine bağlı başağrılarını ve servikal bölgedeki kas ve iskelet disfonksiyonunun neden olduğu servikojenik başağrılarını ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Ayrıca başağrısının göğüs ağrısı gibi herhangi bir kardiyak semptom olmaksızın miyokard infarktüsünün başlangıç semptomu olabileceği akılda tutulmalıdır. Nitekim Lipton ve ark. elektrokardiyografik değişikliklerle eş zamanlı başağrısı ortaya çıkan iki olgu bildirmiştir (16).

Akut ya da subakut başağrısı yakınması ile acil servise kabul edilen bir hastada öncelikle başağrısının primer mi yoksa

Tablo 3— Başağrısı Olgularının Uluslararası Başağrısı Derneği (International Headache Society-IHS) Değerlendirmesine Göre Sınıflandırılması

Sekonder Başağrılarını	Primer Başağrılarını
Servikal veya kraniyal vasküler bozukluklarla ilgili başağrılarını	Migren
Nonvasküler intrakraniyal bozukluklarla ilgili başağrılarını	Gerilim tipi başağrısı
Psikiyatrik bozukluklara bağlı başağrılarını	Küme ve diğer otonomik trigeminal başağrılarını
Enfeksiyonla ilgili başağrılarını	Diğer primer başağrılarını
Homeostaz bozukluklarına bağlı başağrılarını	
Kafa, boyun, gözler, kulak, sinüsler, dişler, veya diğer fasyal ve kraniyal yapılardan kaynaklanan baş veya yüz ağrısı Yüz ağrısı ve göz ve dişten kaynaklanan ağrılar	
Maddelerle veya onların bırakılmaları ile ilgili başağrılarını	
Devamlı alınan ağrı kesicilerin veya diğer ilaçların neden oldukları baş ağrılarını	



sekonder mi olduğuna karar vermek gerekir. Bu nedenle baş ağrısı yakınması ile acile başvuran hastalardan ve/veya yakınlarından detaylı öykü alınmalı, hastanın mevcut hastalıkları, kullanmakta olduğu medikal tedavi sorgulanmalıdır. Hastalara nörolojik muayeneyi de içeren ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Sekonder baş ağrısı olabileceği düşünülen bir hastada nörolojik muayene bulguları da mevcut ise serebral beyin tomografisi veya gerektiğinde serebral magnetik rezonans görüntüleme yapılmalıdır. Tam kan sayımı, sedimantasyon, C-Reaktif protein, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektrolit değerleri, tam idrar analizi yapılarak baş ağrısına neden olabilecek sistemik-metabolik hastalıklar irdelenmelidir. Eğer hasta herhangi bir ilaç kullanıyor ise anti epileptik, digoksin, lityum gibi bu ilaçların serum düzeylerine bakılarak toksik sınırdan olup olmadıkları kontrol edilmelidir. Akciğer grafisi, elektrokardiyografik inceleme yapılmalı ve gerektiğinde arteriyel kan gazı bakılmalıdır. Çukurova Üniversitesinde yapılmış olan hastaların %97.6'sında sekonder %2.3'ünde primer baş ağrısı saptanmıştır. Serebrovasküler hastalıklar ve hipertansiyonun sekonder baş ağrısına yol açan en sık neden oldukları belirlenmiştir.

Sonuç olarak; acil servise baş ağrısı yakınması ile başvuran yaşlı popülasyonda altta yatan sekonder nedenler detaylı olarak gözden geçirilmeli ve olabildiğince hastalar nöroloji kliniğine konsulte edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Biondi DM, Saper JR. Geriatric headache. How to make the diagnosis and manage the pain. *Geriatrics* 2000;55(12):40-50.
2. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005;20(3):243-9.
3. Haan J, Hollander J, Ferrari MD. Migraine in the elderly: a review. *Cephalalgia* 2007;27(2):97-106.
4. Kaniecki RG. Tension-type headache in the elderly. *Curr Pain Headache Rep* 2006;10(6):448-453.
5. Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC, Menezes PR, Scazufca M. The prevalence of headache among elderly in a low-income area of São Paulo, Brazil. *Cephalalgia* 2008;28(4):329-33.
6. Walker RA, Wadman MC. Headache in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine* 2007;23(2):291-305.
7. Ward TN. Headache disorders in the elderly. *Current Treatment Options in Neurology* 2002;4(5):403-408.
8. Siva A. Sekonder Baş ağrıları. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/42/4205.pdf>. Erişim: 2 Şubat 2010.
9. Jiménez-Caballero PE. Analysis of the headaches treated in emergency neurology departments. *Rev Neurol* 2005;40(11):648-51.
10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24 Suppl 1:9-160.
11. Trainor A, Miner J. Pain treatment and relief among patients with primary headache subtypes in the ED. *Am J Emerg Med* 2008;26(9):1029-34.
12. Franceschi M, Colombo B, Rossi P, Canal N. Headache in a population-based elderly cohort. An ancillary study to the Italian Longitudinal Study of Aging. *Headache* 1997;37(2):79-82.
13. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Liu CY, Hsu LC, Wang PN, Liu HC. Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up. *Neurology* 2000;54(2):314-9.
14. 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):377-81.
15. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002;59(2):232-7.
16. Uri Sendovski U, Rabkin Y, Goldshlak L, Rothmann MG. Should acute myocardial infarction be considered in the differential diagnosis of headache? *European Journal of Emergency Medicine* 2009;16(1):1-3.