

Baş Ağrıları

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

ERZURUM

Baş Ağrıları

- Toplumda en yaygın hekimlere başvuru nedeni baş ağrısıdır. Yaşam boyu en az bir kez baş ağrısı yaşayan kişi oranı erkeklerde %93, kadınlarda %99 olmak üzere genel popülasyonda %90'ın üzerindedir. Acil Servis başvuruları açısından baş ağrısı sıklığı %3-5 dir.

Baş Ağrıları

- Primer başağrılarına acil yaklaşımın ana amacı semptomatik tedavi yapılması, hastanın ağrısının giderilmesidir. Sekonder baş ağrılarından ise baş ağrısının bir semptom olduğu; altta yatan başka bir hastalığın varlığı ve yaşamın tehdit altında olabileceği akılda tutulmalıdır. Buna binaen ivedi davranılması gerekir. İleri incelemelerle bir an önce tanı konularak tedaviye geçilmesi gerekir.

American Collage of Emergency Medicine (ACEP) tarafından erişkinlerde baş ağrıları dört ana grupta sınıflandırılarak sistematik yaklaşım olanağı sağlanmıştır

I.Acil tanı ve tedavi gerektiren sekonder baş ağrısı sebepleri	-Subaraknoid kanam, menenjit,Kafa içi basınç artışı sendromu(KİBAS) ile birlikte İntarkranial kitle
II.Acil tanı ve tedavi gerektirmeyen sekonder baş ağrısı sebepleri	-KİBAS ile birliktelik göstermeyen İntrakranial kitle
III.Benign ve reversibl sekonder baş ağrısı sebepleri	-Sinüzit,hipertansiyon,LP sonrası
IV.Primer baş ağrıları	-Migren,gerilim tipi ve küme baş ağrısı

Baş Ağrıları

- Başağrılı hasta değerlendirilirken ilk basamak, baş ağrısının primer veya sekonder olup olmadığının ayırımıdır.

Öyküde sekonder baş ağrısını düşündürecek özellikler tabloda verilmiştir.

- Yeni başlangıçlı akut ve çok şiddetli baş ağrısı
- Başlangıcının 10 yaşından önce, 50 yaşından sonra olması
- Özellikle çocuklarda oksipital yerleşimli baş ağrısı
- Son 6 ay içinde başlayan, progresyon gösteren ve tedaviye dirençli olan baş ağrısı öyküsü
- Hastada var olan malignite tanısı
- Hastada var olan sistemik hastalık tanısı
- Hastanın hayatındaki “en şiddetli baş ağrısı” diye tanımlaması
- Gebelik ve doğum sonrası ortaya çıkması
- Fiziksel aktivite, ıkmama veya öksürme gibi eylemler esnasında oluşması
- Postural özellik (ayakta veya yatarken ortaya çıkması) göstermesi
- Dirençli kusmalarla birlikte görülmesi

Fizik muayenede sekonder baş ağrısını düşündürecek bulgular tablo'da verilmiştir.

- Bilinç bozukluğu veya senkop olması
- Epileptik nöbetlerin olması
- Fokal nörolojik bulguların varlığı
-Göz dibi bulguları (Papilödem veya subhyaloid hemoraji)'nin bulunması
- Ateş veya ense sertliğinin tespit edilmesi
- Halsizlik, kilo kaybı veya sistemik bir hastalığın varlığı
- Pupil tutulumunun eşlik ettiği 3. kranial sinir (KS) lezyonu bulgularının varlığı
- Horner sendromu veya toksik görünümün bulunması
- 5. ve 7. KS tutuluşları baş boyun malignitelerinin perinöral yayılımları açısından gözden kaçmamalıdır

Baş Ağrıları

- Primer baş ağrılarında hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar tetkiklerinin, nörogörüntülemenin ve elektroensefalografi (EEG) çekiminin teşhiste yeri bulunmamaktadır.
- Nörogörüntüleme ve diğer tetkikler, öykü ve muayenede sekonder baş ağrılarını düşündürecek durumlarda istenmelidir.
Nörogörüntüleme genellikle kontrastsız tomografi ile başlar.

- Önemli lezyonları, acil girişim gerektiren kitle ve kitle etkili lezyonları göstermede başarı oranı yüksektir. Akut subaraknoid kanamanın en iyi tanısal yöntemidir. Küçük lezyonları göstermek için İV kontrastlı BT veya MRG tercih sebebi olabilir. Subaraknoid kanama tespit edilen hastalarda multidedektör BT anjiyografi sayesinde(% 98 oranında) anevrizma tespiti sağlanabilir.
- Subaraknoid kanama ve menenjit şüphesi durumunda BT bulguları normal ise lomber ponksiyon (LP) yapılmalıdır. Hasta dik pozisyonda iken fundoskopik muayenede optik disk kenarında venöz pulsasyonların alınması ile papilödeminin olmadığı tespit edilmelidir.
- Yüksek ve hızlı gelişen intrakranial basınç artışında papilödemi bulunmayabilir.

Baş ağrısında klinik duruma göre tercih edilecek görüntüleme yöntemleri

Subaraknoid kanama	Bilgisayarlı tomografi (BT), LP, Serebral Dijital Subtraksiyon Anjiyografi (DSA) , Gradient Eco Sekansı MRG
İskemik inme	BT, perfüzyon BT, diffüzyon ve perfüzyon MRG, konvansiyonal MRG, MR anjiyografi, MR venografi
İntraserebral kanama	BT, MRG, Gradient Eco Sekansı MRG
Subdural/epidural kanama	BT, MRG, Gradient Eco Sekansı MRG
Servikal arter diseksiyonları	MRG, manyetik rezonans anjiyografi, BT anjiyografi, doppler ultrason, DSA
Dev hücreli arterit (Temporal arterit)	Sedimentasyon, C-reaktif protein, doppler US, temporal arter biyopsisi
Santral sinir sistemi enfeksiyonları	MRG, EEG, LP, kan ve beyin omurilik sıvısı mikrobiyolojik analizi
Sinüzit	Waters grafisi, derin sinüsler için BT

Baş ağrısı hastalarında ayırıcı tanı-1

Ani, şiddetli, kısa sürede yerleşmiş, kişinin yaşamındaki “en şiddetli ağrı” olarak tanımlandığı, ilaveten fiziksel aktiviteyle artış kayden baş ağrılarında;	-Subaraknoid Kanama(SAK) - Arteriovenöz Malformasyon (AVM) -Reversibl Cerebrovasküler Vazokonstriksyon Sendromu(RCVS) - Kitle içine kanama
Baş ve boyun travması sonrası başlayan baş ağrılarında;	- İntrakranial, epidural, subdural hematomlar - Servikal arter diseksiyonları
Sıklık ve şiddeti progresyon gösteren baş ağrısında;	-Kafaiçi Basınç Artışı Sendromu (KİBAS) - İntrakranial tümör - Kronik subdural kanama - İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı
Öksürme ve ıkınmayla artan baş ağrısı;	- KİBAS - Kraniyo-vertebral birleşke anomalileri

Baş ağrısı hastalarında ayırıcı tanı-2

Yatar pozisyonda artan baş ağrısı;	KİBAS (tümör, psödotümör serebri)
Ayağa kalkınca artan baş ağrısı;	- İntrakranial hipotansiyon [lomber ponksiyon (LP) sonrası, spontan]
Elli yaş sonrası temporal bölgede ağrı ile birlikte temporal arter hassasiyeti, eşlik eden sistemik semptomlar ve sedimentasyon yüksekliği;	Dev hücreli arterit (Temporal arterit)
İmmün sistemi baskılanmış hastalarda yeni başlayan baş ağrılarında,	Menenjit, intrakraniyal bakterial, viral ve paraziter enfeksiyonlar, serebral abse, intrakranial yer kaplayıcı kitleler
Periorbital, fasiyal ağrılarda (özellikle diyabet, malignite ve immün sistemin baskılandığı durumlarda),	-Mukormikoz gibi fırsatçı enfeksiyonları akla getirmelidir.

PRİMER BAŞ AĞRILARI

- Primer başağrıları santral sinir sistemi ve diğer sistemik hastalıklarla ilişkili olmayan ve baş ağrısının bizzat kendisinin hastalık olduğu klinik durumlardır.

Baş ağrılarının sınıflandırılması Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu'nun ICHD-3 sınıflandırması ana başlıkları ile

A. Primer baş ağrıları	1. Migren
	2. Gerilim tipi baş ağrısı
	3. Trigeminootonomik baş ağrıları
	4. Diğer primer baş ağrısı sendromları
B. Sekonder baş ağrıları	1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı
	2. Kraniyal veya servikal vasküler bozukluklara bağlı baş ağrısı
	3. Vasküler olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı baş ağrıları
	4. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı
	5. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
	6. Homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrısı
	7. Kraniyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, ağız ya da diğer yüz veya kraniyal yapıların bozukluklarına bağlı baş ağrısı ya da yüz ağrısı
	8. Psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrısı
C. Ağrılı kraniyal nöropatiler, diğer yüz ağrıları ve diğer baş ağrıları	1. Ağrılı kraniyal nöropatiler ve diğer yüz ağrıları
	2. Diğer baş ağrısı bozuklukları (sınıflandırılmayan)

Migren

- Migren patogenezin esasını, başın ağrı duyusunu alan trigeminal ve üst servikal sinirlerin ve bunlar tarafından inerve edilen meninksler ve vasküler yapıların; yani trigeminoservikovasküler sistemin (TSVS) aktivasyonu oluşturmaktadır. Tipik lokalizasyon frontotemporal ve periorbital yerleşimlidir. Bu bakış açısı ile atipik yerleşimli olarak çocuklarda oksipital baş ağrılarında sekonder baş ağrı sebepleri ekarte edilmelidir.
- Migren 4-72 saat süren, tek taraflı ya da çift taraflı olabilen, kişinin işlevselliğini bozan, fiziksel aktivite ile artan, zonklayıcı, orta veya ileri derecede şiddetli ataklar ile karakterize baş ağrısıdır. Ensedenden veya göz çevresinden başlayarak yayılabilir. Ağrıya bulantı ve/veya kusma, ışık, ses ve koku hassasiyeti eşlik edebilir.

Migren

- Hastaların yaklaşık %80-85'i aurasız ve %15-20'si ise auralı migrendir.
- Aura; görsel, duysal, motor, lisan ve beyin sapı bozukluklarını içeren geçici fokal nörolojik semptomlardan oluşur. Aura, ağrı döneminden önce oluşma, dakikalar içinde yavaş olarak gelişme (5-20 dakika) ve 1 saatten kısa süre içinde kaybolma özelliğindedir.

MİGRENDE TEDAVİ

- Tedavi, hastanın migreninin farkında olması ile başlar. Uyku ve beslenme alışkanlığında düzenli ve dengeli hayat tarzına geçmesi ile devam eder. Çevresel faktörlerden en önemli tetikleyicilerinin belirlenip, sonrasında onlardan sakınma ile atağın meydana gelmesinin önlenmesi amaçlanarak sonuç alınmaya çalışılmalıdır.

MİGREN ATAĞI TEDAVİSİ

- 1. Basit analjezikler
- 2. Kombine analjezikler-preparatlar veya non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)
- 3. Migren spesifik ilaçlar (triptanlar, ergot türevleri)
- 4. Migren spesifik ilaçların kombine kullanımı
- 5. Antiemetikler
- 6. Narkotik analjezikler

PROFİLAKTİK TEDAVİ

- Migren ataklarının sıklığının veya şiddetinin artması ile hastanın işlevselliğinin bozulması durumunda profilaktik tedaviye başlanılmalıdır.

PROFİLAKTİK TEDAVİ

- Proflaktik tedaviye geçilmesinin kriterleri:
- 1- Ayda 2'den fazla şiddetli atak varlığında,
- 2- Ayda 1 atak, fakat 3 gün ve daha uzun sürmesi veya işlevselliğin ileri derecede bozulması durumunda,
- 3- Atak tedavisindeki ilaçların ağrı kontrolünde etkili olmamaları halinde;
- 4- Atak ilaçlarının kontrendike olduğu veya yan etkilerinin fazla olduğu durumlar,
- 5- Komplikasyonlar (baziller migren, hemiplejik migren ve iskemik serebrovasküler hastalık birlikteliği)' in görüldüğü durumlar,
- 6- Ayda 2'den fazla spesifik migren ilacı kullananlarda profilaksiye geçilir.

PROFİLAKRTİK TEDAVİDE KULLANILAN İLAÇLAR

- 1-Betablokerler:Anjina ve hipertansiyon birlikteliğinde tercih edilir.
- 2-Antidepresanlar
- 3-Antiepileptikler
- 4-Kalsiyum kanal blokerleri
- 5-Seroton antagonistleri: Siproheptadin çocuklarda migren profilaksisinde kullanılmaktadır.
- 6-Nörotoksinler: Onabotulinum toksin A kronik migrenlerin %70'inde baş ağrılı gün sayısında %50 'den fazla düşüş oluşturmuştur.

MİGREN STATUSU

- Baş ağrısı atağının yetmiş iki saatten daha fazla sürmesi durumunda migren statusu olarak kabul edilir. Baş ağrısına ek olarak oral alım yetersizliği, bulantı ve kusma şikâyetleri olabilir. Sıvı ve elektrolit replasmanı (gerekli ise), ilaç detoksifikasyonu, IV ilaç tedavisi ile anajezik etkinliğin sağlanması ve gerekirse profilaktik migren sağaltımının başlanması tedavinin esasını oluşturmaktadır.

GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

- Gerilim tipi baş ağrısı(GTBA)'nda ağrının periferel ve santral mekanizmalardan hangisinin etkin olduğu tartışmalıdır. Fakat myofasial mekanizmalar GTBA patofizyolojisinde halen önemini korumaktadır. Perikranial miyofasyial oluşumlardaki duyarlılık en önemli karakteristik bulgudur.

GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

- Migrenden daha sık görülen gerilim tipi baş ağrısının prevalansı yaklaşık % 40 dır. Epizodik (seyrek epizodik, sık epizodik) ve kronik subtipleri vardır. Ağrı bilateral oksipital veya frontal bölgede belirgin, zaman zaman çember gibi başı saran ve künt, sıkıştırıcı tarzdadır. Hafif veya orta şiddette olabilir. İşlevsellik genelde korunur. Bulantı ve kusmanın birlikteliği genellikle bulunmamaktadır.

Gerilim tipi baş ağrısında akut atak tedavisinde kullanılan ilaçlar

İLAÇ GRUPLARI	İLAÇLAR
BASİT ANALJEZİKLER	Asetilsalisilik Aasit (ASA)
	PARASETAMOL
	METAMİZOL
NONSTEROİD ANTIİNFLAMATUVAR İLAÇLAR(NSAİİ)	İBUPROFEN
	NAPROKSEN
	KETOPROFEN
	DİKLOFENAK
	DESKETOPROFEN
KOMBİNE İLAÇLAR	PARASETAMOL+KAFEİN+
	KODEİN FOSFAT
	(A-ferin 300 mg)
	PARASETAMOL +KAFEİN+KODEİN FOSFAT
	(Geralgine-k tablet)
	ASA+PARASETAMOL+KAFEİN
	(Thomapyrin, Paranox triple tablet)
KAS GEVŞETİCİLER	PARASETAMOL+KODEİN SULFAT+ADAMON SİKLONYUM
	(Doladamon 10 mg drj)
	Etkili değildir.

PROFİLAKTİK TEDAVİ

- Şayet ataklar haftada 2 günden çok, 4 saatten uzun sürüyor, işlevselliği bozuyor ve ilaç aşırı kullanımı oluşmuşsa idame tedaviye geçilir.
- Amitriptilin (10-75 mg, günde üç veya iki defa) ilk tercihtir.
- İkinci tercih ilaçlar venlafaksin (75-150 mg, günde bir defa), mirtazapin (30 mg,günde bir defa) ve
- Üçüncü tercih ilaçlar klomipramin (25-150 mg) ve maprotilin (25-75 mg)dir.

TRİGEMİNOOTONOMİK BAŞ AĞRILARI

- Baş ağrısına otonom semptomlar eşlik etmektedir. Otonomik belirtiler göz yaşarması, gözde kızarma, yüzde terleme ve renk değişikliği, göz kapaklarında şişme, miyozis, pitozis, burun tıkanıklığı ve akıntısından oluşur. Bu belirtilerin birisinin veya daha fazlasının varlığı durumunda aşağıdaki tanılar düşünülmelidir.

TRİGEMİNOOTONOMİK BAŞ AĞRILARI

1. Küme baş ağrısı (erkeklerde daha sık)
2. Paroksizmal hemikraniya (kadınlarda daha sık)
3. Hemikrania kontinüa (sürekli)
4. Kısa süreli tek taraflı nörolojikal baş ağrısı atağı ile beraber konjonktival semptom(SUNCT)
5. Kısa süreli otonomik belirtili tek taraflı nevraljiye benzer baş ağrısı (SUNA)

KÜME (CLUSTER) BAŞ AĞRISI

- Trigeminoootonomik sefaljiler (TOS) migren ve gerilim tipi baş ağrılarına göre nadir görülür. Küme baş ağrısı(KB)'nın prevelansı %1 Trigeminovasküler sistemin aktivasyonu ve nöropeptidlerin salınımı KB patofizyolojisinde önemli rol oynar.

KÜME (CLUSTER) BAŞ AĞRISI

- Ağrı batıcı, oyucu ve şiddetli özelliktedir. Yerleşimi her zaman aynı göz çevresinde orbital, supraorbital ve/veya temopral bölgededir. Eşlik eden ipsilateral otonomik bulgular olan konjunktival kanlanma ve/veya göz yaşarması, nazal konjesyon ve/veya burun akıntısı, göz kapağı ödemi, alın ve yüzde terleme, miyozis ve/veya pitozisin bulunması ile karakterizedir. Hastalar atak sırasında huzursuz ve ajitedir. 2 hafta ila 3 ay arasında kümeler şeklinde gelen epizotlar oluşmaktadır.
- Yerleşim yeri bakımından benzerlik gösteren trigeminal nevraljiden otonomik bulguların varlığı sayesinde ayırıcı tanı konulabilir

KÜME (CLUSTER) BAŞ AĞRISI TEDAVİSİ

- Atak tedavisinde ilk tercih oksijen tedavisidir. Geri solumaya imkân vermeyen yüz maskesiyle, 15-20 dakika süreyle, 7-12 lt ve %100 oksijen verilerek yapılabilir. Etki 10-20 dakika içerisinde görülmeye başlar. Hastaların üçte ikisinde ağrı giderilir.
- Dirençli vakalarda etkisi hızlı başlayan SC enjektabl sumatriptan ilk tercih olabilir. 15 dakika içerisinde etkisi görülür.
- Diğer seçenekler 50 mg nazal, 10 mg oral dozlarda zolmitriptandır.
- Ayrıca dirençli olgularda pterygopalatin fossaya %10 'luk lidokainli pamuklu çubuğun rinoskopi ile 5 dakikalığına uygulanması düşünülebilir.

PAROKSİZMAL HEMİKRAMİA

- Paroksizmal hemikrania kısa (2-30 dakika) ve sık (1 den 50 'ye kadar) ataklarla karakterize ve kadınlarda sık görülen bir trigeminootonomik sefaljidir. Ağrı tek taraflı orbital, supraorbital, temporal yerleşimlidir. Ağrı şiddetli olan ve zonkalyıcı, saplayıcı, keskin, oyucu karakterdedir. Eşlik eden otonomik belirtiler küme baş ağrısına benzerdir. Akut atak ve profilaktik tedavide ilk seçenek indometazindir. 3x25 mg/gün olarak başlanır. Sonra aşamalı artırılarak günde 3 kez olmak üzere total doz 225-300 mg ' a kadar çıkılabilir. Dirençli durumlarda migren tedavileri uygulanabilir.

SUNCT SENDROMU VE SUNA

- Konjunktival kızarıklık ve göz yaşarmasının eşlik ettiği unilateral nevraljiform kısa süreli ağrılar sendromu (SUNCT) ve kranial otonomik semptomların eşlik ettiği unilateral nevraljiform kısa süreli ağrılar (SUNA) trigeminootonomik sefaljilerdir. Şiddetli, dakikalar ve saniyeler şeklinde kısa süreli baş ağrılarıdır. Erkeklerde sıktır. Atak tedavisinde 1000 mg İV metilprednizolon (2-10 gün) verilebilir. Profilaktik tedavide lamotrijin 100-400 mg/gün en etkili seçenektir.

HEMİKRAMİA KONTÜNİA

- Her zaman varolan tek taraflı hafif-orta şiddetteki baş ağrısının üzerine şiddetli ağrı atakları ve eşlik eden konjesyon, lakrimasyon, miyozis, pitozis, nazal konjesyon ve rinore gibi otonom bulgularla karakterizedir. Diğer TOS'lerden, üzerine şiddetli ağrı ataklarının eklenebildiği sürekli bir baş ağrısının olmasıyla ayırıcı tanısı yapılır. İndometazine yanıt alınması hemikrania kontunia'nın en önemli tanı kriterlerinden ve özelliklerinden birisidir. Hastalara sıklıkla günde 3 kez 25 mg dozunda başlanıp 5 günde bir 75 mg bölünmüş dozda eklenerek hedef doz olan günde 3 kez 100 mg doza ulaşılmaya çalışılır. Genelde hedef doz baş ağrısı kontrolünü sağlamaktadır.

SEKONDER BAŞ AĞRILARI

- Sekonder başağrıları ise sistemik veya santral sinir sistemi patolojilerine sekonder olarak ortaya çıkan bir semptom olarak başağrıları tanımlar. Hızlı-doğru tanı ve erken-etkin tedavi çoğu zaman hayat kurtarıcı olabileceği kadar özürlülük gelişiminide ortadan kadırabilir. İlerleyici patolojilerde baş ağrısı tedaviye dirençlidir.

HAYATI TEHDİT EDEN BAŞ AĞRILARI

- SUBARAKNOİD KANAMA
- SUBDURAL HEMATOM
- KAVERNÖZ SİNUS TROMBOZU
- SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ
- İNME BAŞ AĞRISI
- İNTRASEREBRAL KANAMA
- BEYİN TÜMÖRÜ
- MENEJİT

HAYATI TEHDİT ETMEYEN BAŞ AĞRILARI

- DEV HÜCRELİ ARTERİT
- İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON
- SERVİKAL ARTER DİSEKSİYONLARI
- GLOKOM
- OPTİK NÖRİT
- ARTERİYAL HİPERTANSİYON
- İLAÇ İLİŞKİLİ VE TOKSİK - METABOLİK BAŞ AĞRILARI
- LOMBER PONSİYON BAŞ AĞRISI
- SİNÜZİT

BAŞ VE YÜZ BÖLGESİNİN AĞRI BOZUKLUKLARI

- TRİGEMİNAL NEVRALJİ
- TEMPOROMANDİBULAR HASTALIK

Subaraknoid kanama

- Araknoid membran ve pia membran arasına olan arteriyal bir kanamadır.
- Hastaların yaklaşık% 11'i hastaneye gelmeden önce ölmekte, hastaların% 40'ı hastaneye yatırıldıktan sonraki 4 hafta içinde kaybedilmektedir.
- Spontan subaraknoid kanamanın % 85'i anevrizmal, % 10'u anevrizmal olmayan perimesensefalik ve kalan% 5'ini ise diğer nedenler oluşturmaktadır

Subaraknoid Kanama Düşündürecek Püf Noktalar

İlk kez bu kadar ciddi başım ağrıyor,

Hayatımın en şiddetli baş ağrısı,

Aniden başladı,

Kuvvetlice öksürdüm ondan sonra başladı,

Birkaç gündür dinmiyor, giderek kötüleşiyor,

Eskiden ağrı olur geçerdi, şimdi geçmiyor,

Baş dönmesi ve bulantı da eklendi

Subaraknoid Kanama

- Kontrastsız BT, subaraknoid kanama için tercih edilen ilk tanısal testtir.
- Bazı çalışmalarda ilk 6 saat içinde subaraknoid kanama için BT'nin duyarlılığı% 100 olarak belirtilmiştir.
- İlk 72 saatte duyarlılık% 97'den fazladır, ancak 5 gün sonra sadece% 50'dir.
- BT ' de subaraknoid kanama tespit edilemeyen, fakat klinik şüphe durumunda mutlaka lomber ponksiyon yapılmalıdır.
- Beyin omurilik sıvısında (BOS) eritrositler veya ksantokromi tespit edilirse subaraknoid kanama için patognomiktir.

Kavernöz Sinüs Trombozu

- Kavernöz sinüs trombozu enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan sebepler ile meydana gelebilir.
- Travmalar ve yüz bölgesine yapılan cerrahi müdahaleler zemininde de gelişebilir.

Kavernöz Sinüs Trombozu

- Ateş neredeyse sabit bir bulgudur. Baş ağrısı (% 50 ila % 90), periorbital şişme ve ağrı, fotofobi, görme keskinliğinde azalma ve diplopi görülür. Hemen hemen tüm olgularda periorbital ödem, kemozis, proptozis ve oftalmopleji gelişmektedir. III, IV, VI. kranial sinirler ile trigeminal sinirin V1 ve V2 dalları belirgin olarak etkilenir. Kornea refleksi alınmaz. Tek taraflı belirtilerin başlamasından sonraki iki gün içinde diğer göze yayılabilir.
- Tedavi uygun antibiyoterapi (çoğu zaman enfeksiyon odağının cerrahi drenajı) ve antikoagülasyondan oluşmaktadır.

Serebral Venöz Tromboz

- Klinik belirtiler spesifik değildir. Baş ağrısı, fokal nörolojik defisitler, nöbetler ve bilinç düzeyi değişiklikleri gibi geniş semptom yelpazesini içermektedir. Baş ağrısı SVT'nin en sık görülen semptomudur ve nispeten şiddetlidir. Hastaların % 10' nunda başlangıçta baş ağrısı bildirilmemiştir.

Sık görülen baş ağrılarının genel bir özeti

BAŞ AĞRISI TİPİ	BAŞLAMA YAŞI VE SIK GÖRÜLEN CİNSİYET	KAREKTERİ	SÜRESİ	YERİ VE LATERALİZASYONU	ŞİDDETİ	FREKANSI	EŞLİK EDEN SEPTOMLAR
MİGREN	10-40 KADIN	ZONKLAYICI	4-72 saat	Tek taraflı /Sıklıkla ense, alın	Orta ve şiddetli	Değişken	Bulantı/kusma Fotofobi/fonofobi Skotom,nörolojik defisit
GERİLİM	20-50 KADIN	SIKIŞTIRICI	30 dakika -7 gün	Çift taraflı/Sıklıkla ense	Hafif/orta	Değişken	İştahsızlık,bulantı+/-
KÜME	15-40 ERKEK	DELİCİ/OYUCU	15-180 dakika	Tek taraflı/ Orbital/supraorbital	Izdırap verici /çok şiddetli	1-8/gün, nokturnal atak	İbsilateral konjunktival hiperemi,lakrimasyon,rinore,miyozis,pitozis ve göz kapağı ödemi,alın ve yüzde terleme
TRİGEMİNAL NEVRALJİ	50-70	Keskin,saplayıcı Elektrik çarpması şeklinde	Saniyeler içinde olur	En çok 2 ve 3. Dal tutulur,oftalmik dal nadir tutulur.	Izdırap verici	Paroksizmal	Çiğneme ,konuşma ve diş fırçalama ya da sadece yüze dokunmayla ağrı tetiklenebilir.
SUBARAKNOİD KANAMA	ERİŞKİN	Gök gürültüsü şeklinde	Değişken	Yaygın/oksipital ve ensede yoğun	Çok şiddetli, Hasta hayatımdaki en kötü baş ağrısı diye tanımlar.	Belirlenemez	Bilinç değişikliği,bulantı,kusma,fotofobi Ense sertliği,nörolojik defisit, görme kaybı
TEMPORAL ARTERİT	>55	Değişken	İntermittant /devamlı	Tek taraflı/ Temporal bölgede	Değişken	Paroksizmal	Çene kladikasyonu, temporal arter trasesinde hassasiyet, subfebril ateş,halsizlik,kilo kaybı

TEŞEKKÜRLER

- SORU???
- KATKI???