

ACİL SERVİSTE GÖZDEN KAÇAN BAŞ AĞRILARI

DR. M. SAFA PEPELE
19. ACIL TIP KIŞ SEMPOZYUMU
ŞUBAT-2016 MALATYA

- 
- ▶ Acil Servis (AS)' de baş ağrısı sıklığı ~ %3-5.
 - ▶ AS doktoru hayatı-tehdit eden nedenleri bilmek zorunda
 - ▶ Hastaların çoğu benign primer baş ağrısı, hızlı-etkin tedavi yeterli.

EPİDEMİYOLOJİ

- ▶ Migren baş ağrıları prevalansı:
 - Kadında %17, erkekte %5.
- ▶ Çoğu hasta (%20-55) benign primer baş ağrısı, %40-50' sinde sistemik hastalık (+).
- ▶ Sadece %1-5' i ciddi/sekonder baş ağrısı.

SINIFLAMA- Birincil/İkincil Ayrımı

► Kritik İkincil Nedenler;

- Vasküler (SAK, İCH, Stroke...)
- SSS enfeksiyonları (menenjit, ensefalit, abse)
- Tm
- Pseudotumor serebri
- Oftalmik (glokom, iritis, optik nörit)
- İlaçla-ilişkili (nitratlar, MAOI, alkol kesilme)
- Toksik (karbonmonoksit)
- Endokrin (feokromasitoma)
- Metabolik (hipoglisemi, hiperkapni, hipoksi, preeklampsi)

► Reversibl İkincil Nedenler

- sinüzit, otit, odontojenik enf
- kronik analjezik kullanımı
- LP sonrası baş ağrısı

► Birincil Nedenler;

- Migren
- Gerilim tipi
- Küme tipi



ACEP* Baş Ağrısı Kategorileri



Baş Ağrısı Kategorisi	Örnekler
I. Acil tanı ve tedavi gereksinimi olan ikincil kritik nedenler	SAK, menenjit, artmış ICP' lı beyin tm
II. Acil tanı ve tedavi gereksinimi olmayan ikincil kritik nedenler	ICP normal beyin tm
III. Benign ve reversibl ikincil nedenler	Sinüzit, HT, LP sonrası baş ağrısı
IV. Birincil baş ağrıları	Migren, gerilim tipi, küme tipi

*ACEP=Amerikan acil tıp cemiyeti

Hikaye



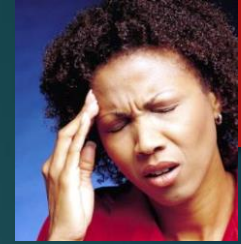
- ▶ Baş ağrısı şekli-karakteri
- ▶ Başlangıcı, şiddeti, süresi
- ▶ Baş ağrısının lokalizasyonu, nerden başlayıp-nereye yayıldığı
- ▶ Uyarıcı-ilişkili-eşlik eden semptomlar
- ▶ Artıran/azaltan nedenler
- ▶ Diğer hikayesi, ilaç kullanımı
- ▶ Aile hikayesi

Fizik Bakı



- ▶ Genel görünüm
- ▶ Anormal vital bulgular (ateş, hipertansiyon)
- ▶ Baş-boyun ve sinüslerin muayenesi (sinüzit)
- ▶ Temporal arter palpasyonu (temporal arterit)
- ▶ Dişler ve temporomandibuler eklemlerin muayenesi
- ▶ Göz muayenesi, fundoskopi (glokom, iritis, görme defektleri, papil ödemi)
- ▶ Nörolojik muayene*
- ▶ Meninks irritasyon bulguları

Özel Durumlar



- ▶ **Kadınlar**, migren baş ağrıları.
- ▶ **Gebeler**, migren, preeklampsi.
- ▶ **Yaşlılar**, > 50 yaş, ikincil nedenler.

* > 50 yaş + ani başlangıç + anormal nörolojik baki → malignite ?

- ▶ **Çocuklar**
- ▶ **HIV ve diğer immünsupresse nedenler**, toxoplasmosis, SSS lenfoması.

Yardımcı Tanı Yöntemleri



- ▶ **BT:** *kontrastsız kranial BT, kontrastlı kranial BT.
- ▶ **LP:** menenjit, BT (-) şüpheli SAK.
- ▶ **MRI:** diffüz aksonal yaralanma, küçük parankimal kontüzyonlar, izodens subdural kanamalar ve tümörler.

RED FLAG!!!!

- Baş ağrısının 10 yaşından önce, 50 yaşından sonra başlaması
- Son 6 ay içinde başlamış olması veya karakter, sıklık ve şiddet gibi özelliklerinde değişiklik göstermesi
- Günler içinde ilerleyici seyretmesi ve tedaviye yanıt vermemesi
- Yeni başlayan baş ağrısının akut ve şiddetli özellikte olması
- Kişinin yaşamındaki 'en şiddetli ağrı' olarak tanımlanması

- Hamilelik döneminde veya doğum sonrası ortaya çıkması
- Fiziksel aktivite, ıkınma veya öksürmekle artması
- Vücut ve baş pozisyonu ile ilişkili olması
- Başlangıç yaşı ve klinik özelliklerin tanımlanan başağrısı için tipik olmaması
- İlerleyici ve tedavi edilemeyen kusmanın olması!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

- Ateş, ense sertliği
- Epileptik nöbetlerin varlığı
- Fokal nörolojik bulgu
- Bilinç bozuklukları veya senkop
- Göz dibi bulguları (papil ödem, subhyaloid hemoraji)
- Halsizlik, kilo kaybı ve sistemik bir hastalığın varlığı
- Toksik görünüm!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Ayırıcı Tanı

- Akut, şiddetli, kısa sürede yerleşmiş, kişinin yaşamındaki en şiddetli ağrı olarak tanımlanan, ayrıca fiziksel aktivite ile ilişki var ise:
- Subaraknoid kanama
- AVM
- Kitle içine kanama
- Baş-boyun travması ile ilişki var ise:
- Kafa içi hematomlar
- Boyun damarlarında diseksiyon

Ayırıcı Tanı

- Sıklık ve şiddette giderek artma var ise:
- İntrakraniyal basınç artışı
- İntrakraniyal tümör
- Kronik subdural hematoma
- İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı
- Öksürme-ıkmama gibi durumlarla ilişki var ise:
- Kafa içi basınç artışı
- Kraniyo-vertebral birleşme anomalileri

Ayırıcı Tanı

- Yatar pozisyonda artan baş ağrısı var ise:
- Kafa içi basınç artışı
- Ayağa kalkınca artan baş ağrısı var ise:
- Kafa içi basınç düşüklüğü
- 50 yaş sonrası temporal bölgede ağrı ile birlikte temporal arter hassasiyeti, sistemik belirtilerin varlığı, sedimentasyon yüksekliği var ise:
- Temporal arterit

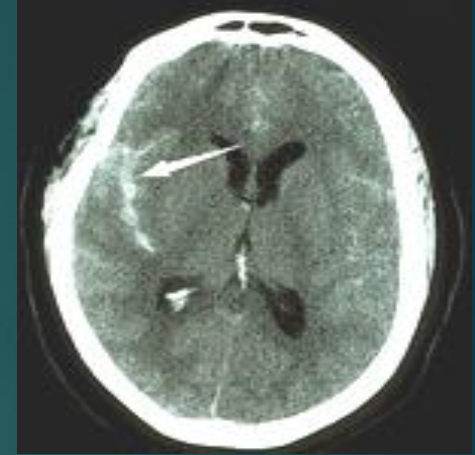
Hayatı-Tehdit Eden Nedenler

- ▶ Subaraknoid kanama (SAK)
- ▶ Subdural hematom
- ▶ Parankim içi kanama, serebral iskemi
- ▶ Menenjit
- ▶ Beyin tm (ICP artışı)



Subaraknoid Kanama (SAK)

- ▶ AS' de ani başlangıçlı, şiddetli, normal nörolojik bakılı tüm hastaların %12' si SAK.
- ▶ Ort. 50 y.
- ▶ 6 ayda mortalite oranı %50.
- ▶ %50 hastada normal nörolojik bakı.

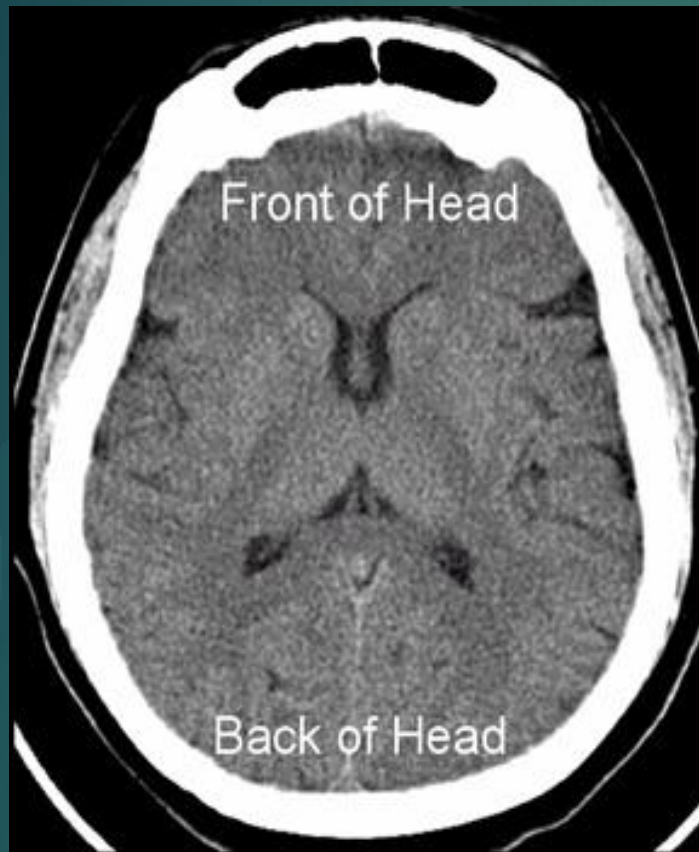


Öyküde ki püf noktalar

- ▶ İlk kez bu kadar ciddi başım ağrıyor,
- ▶ Hayatımın en şiddetli baş ağrısı,
- ▶ Birden başladı,
- ▶ Kuvvetlice öksürdüm ondan sonra başladı,
- ▶ Birkaç gündür dinmiyor, giderek kötüleşiyor,
- ▶ Eskiden ağrı olur geçerdi, şimdi geçmiyor,
- ▶ Baş dönmesi ve bulantı da eklendi

Tanı

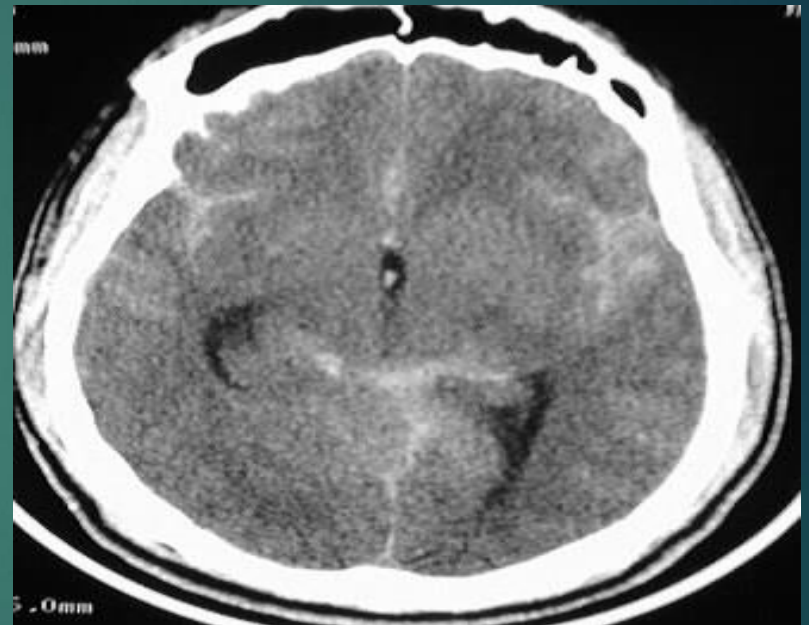
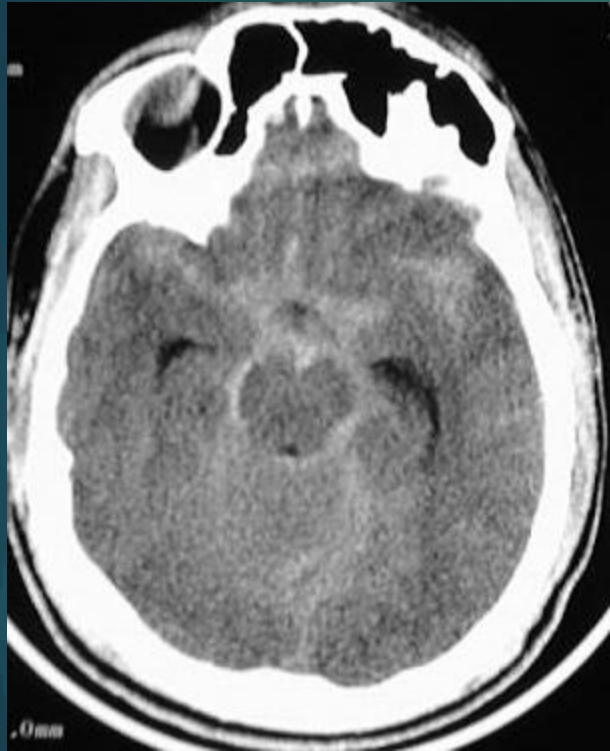
- ▶ Kranial BT , BT (-) ise LP
- ▶ SAK'ta BT sensitivitesi zamanla ters ilişkilidir
- ▶ %95'i 24 saat içinde
- ▶ %93'ü 12-24 saatte
- ▶ %74'ü 3 gün içinde
- ▶ %50'si 1 hafta içinde
- ▶ %30'u 2 hafta içinde ve yaklaşık %0'ı da 21 gün içinde görüntülenebilir.
- ▶ Birkaç gün sonra MR daha sensitif olabilir.



Normal CT Scan
Slice of Brain



Subarachnoid Hemorrhage
(bright white areas)
CT Scan Slice of Brain

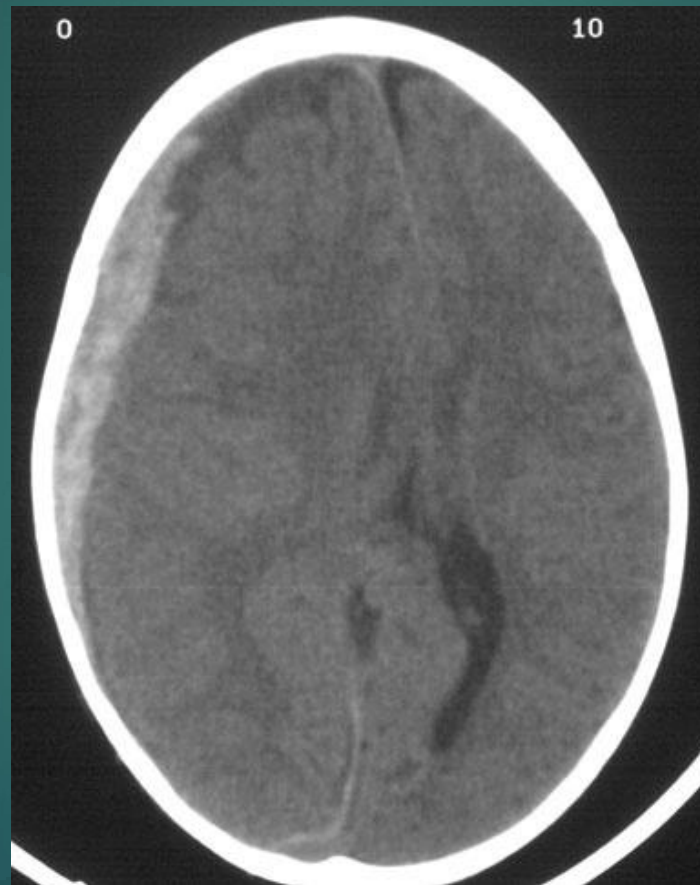


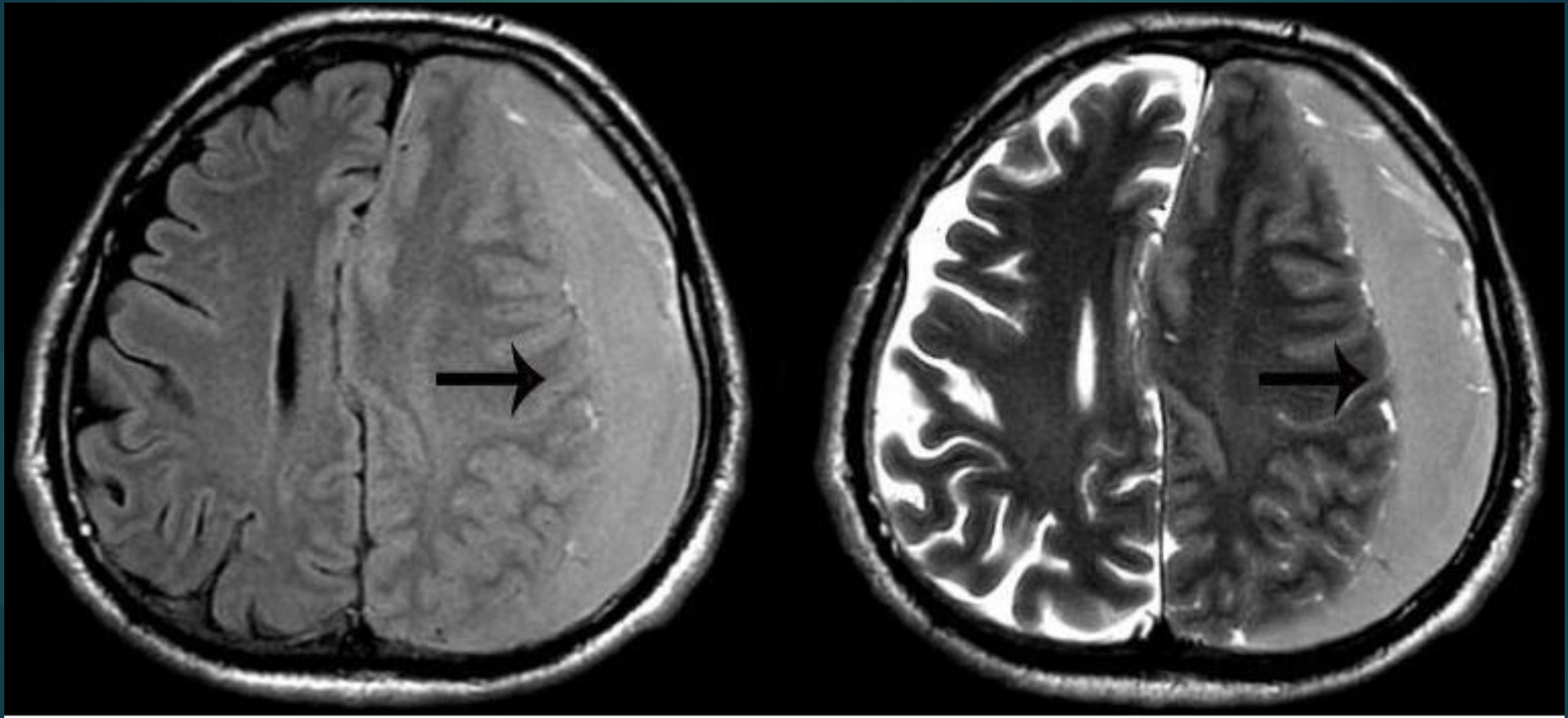
Subdural kanama

- Geçirilmiş kafa travması hikayesi olan baş ağrılı hastalarda subakut/kronik subdural kanama olabilir.
- Baş ağrısı: ani başlangıç, şiddetli, öksürük, ıkınma ve egzersizle şiddetlenme
- Bulantı ve/veya kusma

Yüksek risk grubu:

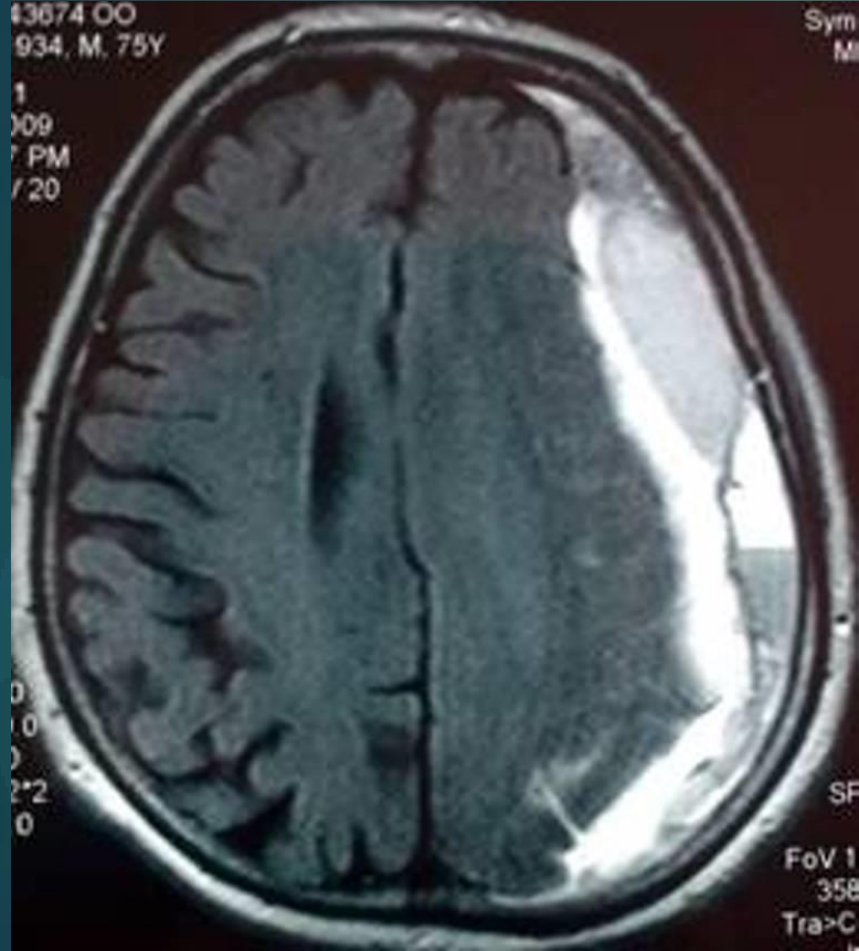
- Antikoagülan kullanımı
- Kronik alkolikler
- Yaşlı hastada eski kafa travması öyküsü bulunması





13674 00
934, M, 75Y
1
009
7 PM
/ 20

Sym
MI



Menenjit

- ▶ Viral/ bakteriyel.
- ▶ Ani-şiddetli baş ağrısı, ateş, ense sertliği
- ▶ **Ateş ve meningeal iritasyon bulguları immüno Kompromize hastalarda bulunmayabilir**
- ▶ LP* (normal nörolojik bakı, normal bilinç seviyesi, papil ödem yokluğu)

*****LP' de gecikme varsa, bakteriyel menenjit şüphesinde antibiyotik tedavi hemen başlanmalı!**

KERNIG'S SIGN

Elicitation: Flexing the patient's hip 90 degrees then extending the patient's knee causes pain.



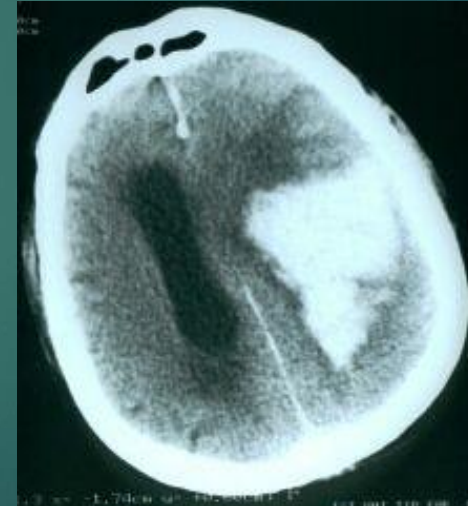
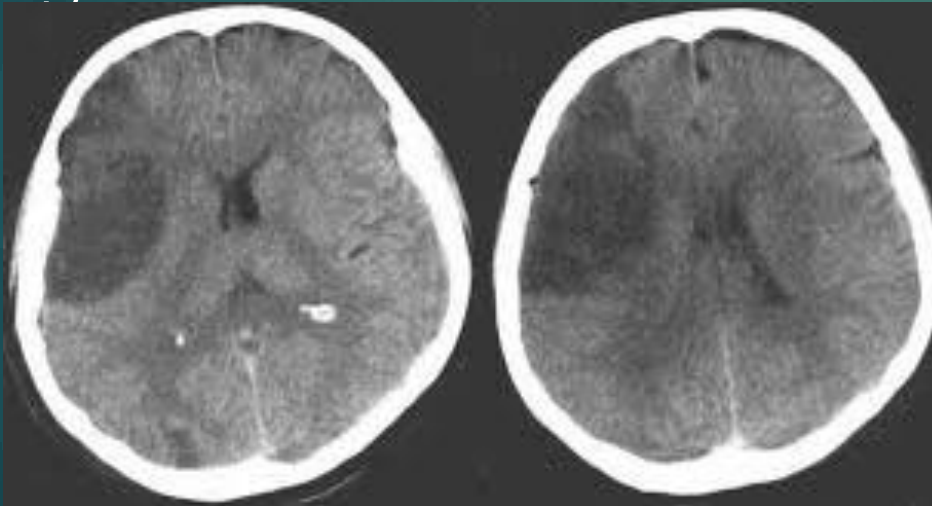
BRUDZINSKI'S NECK SIGN

Elicitation: Flexing the patient's neck causes flexion of the patient's hips and knees.



Parankim içi kanama, serebral iskemi

- ▶ Parankim içi kanamada %55,
- ▶ İskemik inmede %17,
- ▶ Geçici iskemik atak da %6 hastada baş ağrısı görülür.

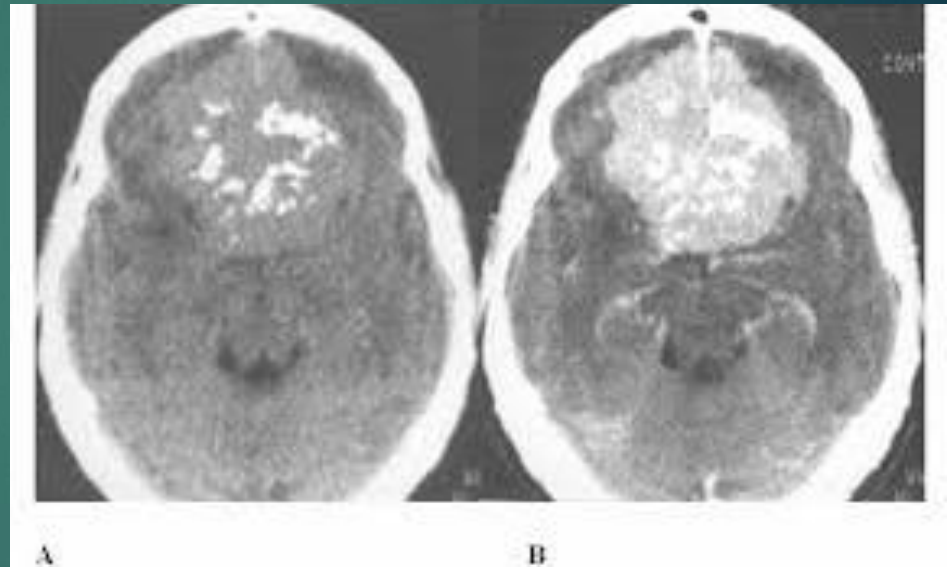


Beyin Tümörü

- ▶ %20 İlk semptom baş ağrısı
- ▶ %70'inde tanı anında baş ağrısı vardır ve %8'inin nörolojik muayenesi normaldir
- ▶ Ağrı tipi yardımcı değildir
- ▶ İnfatentoryal de ağrı daha sık görülür
- ▶ Başlangıç Paroksismal sonra sürekli
- ▶ Basınç şeklinde, huzursuz edici
- ▶ Sabahları daha sık

- ▶ Fokal nörolojik bulgular
- ▶ KİBAS bulgular
- ▶ BBT- kontrast
- ▶ Ağrı tümöre bağlanıyorsa, 24 saat içinde takip sağlanacaksa ve KİBAS bulguları yoksa hasta ayaktan takip için taburcu edilebilir

Beyin Tümörleri



Serebral venöz sinüs trombozu

- %75 en sık ve öncü semptom baş ağrısı
- Diffüz veya lokalize
- Genelde devamlı ama yatınca ve valsalva ile ↑
- Genelde subakut
- Papil ödem, 6. sinir parezisi, intrakranial hipertansiyon, fokal defisit, nöbet, ensefalopati
- MRI-MR venografi
- BT



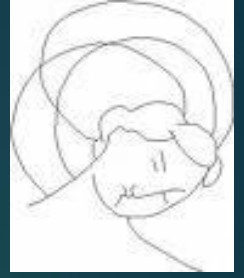
İkincil Baş Ağrısı

Nedenleri

- ▶ Temporal arterit
- ▶ Oftalmik hastalıklar
- ▶ Hipertansiyon
- ▶ Sinüzit
- ▶ İlaç-ilişkili ve toksik/metabolik baş ağrıları
- ▶ Benign intrakranial hipertansiyon (pseudotümör serebri)
- ▶ İnternal karotid ve vertebral arter diseksiyonu
- ▶ LP sonrası baş ağrısı



Benign İntrakranial Hipertansiyon (Pseudotümör Serebri)



- ▶ Nadir, genç, obez, uzun süredir var olan baş ağrısı.
- ▶ Bulantı, kusma, görme bozuklukları.
- ▶ Nedeni ? (OKS , vit A, tetrasiklin kullanımı, tiroid hst)
- ▶ Papil ödem, normal bilinç seviyesi, normal BT, LP' de artmış BOS basıncı.
- ▶ **Tedavi:** asetozolamid, steroidler, boşaltıcı LP' ler, cerrahi.

Temporal Arterit



- ▶ >50 y, kadın
- ▶ Sistemik panarterit
- ▶ Baş ağrısı %80-90, şiddetli, zonklayıcı, frontotemporal lokalizasyon, çenede klodikasyon/polimiyalji romatika.
- ▶ Temporal arter → pulsatil/hassas/azalmış nabız.
- ▶ En ciddi komplikasyon görme kaybı!
- ▶ **Tanı:** >50 y, yeni-başlayan lokalize baş ağrısı, temporal arterde hassasiyet/azalmış nabız, ESR >50 mm/sa ve anormal arteriel biyopsi bulguları.
- ▶ **Tedavi:** 40-60 mg prednisone.

Oftalmik Hastalıklar



- ▶ Akut glokom, iritis, optik nörit.
- ▶ Dikkatli hikaye ve göz muayenesi.
- ▶ Gerektiğinde intraoküler basınç ölçülmesi.

Hipertansiyon



- Diastolik basınçlar arttıkça daha da artmak üzere ciddi baş ağrılarına neden olabilir
- Tansiyon yüksekliğinin baş ağrısının nedeni mi, sonucu mu olduğu incelenmelidir,
- Hipertansif atağa bağlı baş ağrısının atak sonunda ideal değerlere ulaşıldığında sonlanması beklenir

Sinüzit



- ▶ En sık maksiller sinüzit (yüzün ön tarafı)
- ▶ Frontal sinüzit (alın)
- ▶ Ethmoid sinüzit (gözlerin arasında ve arkasında)
- ▶ Sfenoid sinüzit (diffüz)

İlaç-İlişkili ve Toksik/Metabolik Baş Ağrıları



- ▶ İlaçlar (nitratlar, MAOI, kronik analjezik kullanımı)
- ▶ Metabolik durumlar (hipoksi, hiperkapni, hipoglisemi)
- ▶ Toksinler (Monosodyum glutamat, *Karbonmonoksit)
- ▶ Alkol kesilme

İnternal Karotid / Vertebral Arter Diseksiyonu

- ▶ Spontan/travmatik, ort 40 y genç hasta.
- ▶ Tek taraflı boyun ön yüzde/baş ağrısı, göz çevresinde/frontalde lokalize.
- ▶ Nörolojik tablolar sık (TIA/stroke, horner send, tek gözde geçici körlük, kranial sinir felçleri)
- ▶ Vertebral arter diseksiyonu; oksipital/boyun arka yüzde, beyin sapı TIA/stroke
- ▶ **Tanı:** angiografi

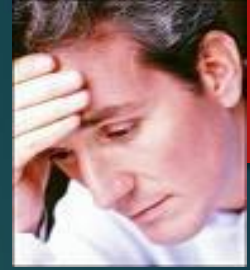


Lomber Ponksiyon (LP) Sonrası Baş Ağrısı

- ▶ %10-36 hastada, 24-48 sa içinde gelişir.
- ▶ Duradan persistan BOS sızıntısı.
- ▶ İnce LP iğneleri kullanmalı.
- ▶ **Tedavi:** basit analjezikler, iv sıvılar, iv kafein.



Birincil Baş Ağrıları



- ▶ Migren
- ▶ Gerilim tipi baş ağrıları
- ▶ Küme tipi baş ağrıları

Migren



- ▶ **Epidemiyoloji;** ♂ %5, ♀ %15-17, 40 y da pik.
- ▶ **Patofizyoloji;** vazokonstriksiyon nedenli aura ve rebound vazodilatasyon nedenli baş ağrısı.
- ▶ **Klinik;** aurasız formu sık, 4-72 sa, unilateral, zonklayıcı, fiziksel aktiviteyle kötüleşme, bulantı, kusma, foto/fonofobi, en sık vizüel auralar.
- ▶ **Tedavi;** *Dihidroergotamin, Sumatriptan, Ketorolac, Klorpromazin, Perklorperazin, Metoklopramid, Droperidol, Magnezyum sülfat, Metil prednizolon. Karanlık-sessiz oda, iv rehidratasyon

Migren- Özel Durumlar



- ▶ Gebelikte özellikle I. trimestrden sonra düzelir.
- ▶ Öncelikle non-farmakolojik tedavi (buz uygulama, dinlenme)
- ▶ Asetaminofen, NSAİD, Metoklopramid → **klass B**
- ▶ NSAİD' ler 3. trimestrde kullanılmamalı! (doğum sancılarını inhibe eder ve amniotik sıvıyı azaltır)

Gerilim Tipi Baş Ağrısı



- ▶ Migren ile benzer fizyopatoloji.
- ▶ Bilateral, non-pulsatil, eforla kötüleşmez ve bulantı-kusma pek olmaz.
- ▶ **Tedavi;** basit analjezikler, NSAİD' ler, ciddi olgularda ise migren tedavisi.

Küme Tipi Baş Ağrısı



Cluster headaches may involve pain around one eye, along with drooping of the lid, tearing and congestion on the same side as the pain

ADAM.

- ▶ Çok nadir (%0.4).
- ▶ Tedavisiz bile çok kısa sürer.
- ▶ >20 yaş, ♂ de sık.
- ▶ Trigeminal sinir disfonksiyonu.
- ▶ Şiddetli, tek taraflı, orbital / supraorbital / temporal ağrı, 15-180 dk.
- ▶ Aynı tarafta konjonktival lakrimasyon, nazal konjesyon, rinore, yüzde ödem, miyosis / pitozis.
- ▶ Yüksek akımlı oksijen % 70 hastada etkin.
- ▶ **Sumatriptan.**
- ▶ NSAİD 'lar atak sıklığını ve şiddetini azaltır.



Primer Baş Ağrılarında AS' de Genel Yaklaşım



- ▶ **Tedaviye yanıt yoksa** → sekonder nedenleri düşünün ve AS' de ileri tetkiklere başlayın!
- ▶ **Tedaviye yanıt varsa bile** → sekonder nedenler dışlanamaz!
- ▶ Tedavisi zor olan bazı migren ataklarında ağrı kontrolü için gerekirse hospitalizasyon.

Akut baş ağrılı erişkin hastanın değerlendirilmesinde yanıtlanması gereken 5 kritik soru:

(ACEP Clinical Policies Subcommittee on Critical Issues in
the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Headache)

- ▶ 1) Düşünülen baş ağrısı etyolojisine yönelik tedaviye yanıt var mı?
- ▶ 2) AS' de hangi baş ağrılı hastalara görüntüleme yapalım?
- ▶ 3) SAK düşünülen hastada kontrastsız kranial BT normalse rutin LP yapalım mı?
- ▶ 4) Hangi hastada kranial BT çekmeden önce güvenle LP yapılabilir?
- ▶ 5) Ani başlangıçlı, şiddetli baş ağrılı, kranial BT ve LP negatif çıkan hastada ileri görüntüleme yöntemlerine gerek var mı?

Yanıtlar

- ▶ **1) Düşünülen baş ağrısı etyolojisine yönelik tedaviye yanıt var mı?**
- ▶ **Yanıt:** Nontravmatik baş ağrısında etyolojiye yönelik tedaviye yanıtta kanıtlanmış veriler olmamakla birlikte, değişik analjeziklere ağrı yanıtında düzelmeyi yada klinik iyileşmeyi gösteren çalışmalar (klass 3) mevcut. (Düzey C)
- ▶ İCH→ibuprofen, ketorolac, prochlorperazin
- ▶ Menenjit→dihidroegotamin, metoclopramide
- ▶ CO zehirlenmesi→ sumatriptan
- ▶ Serebral venöz tromboz→sumatriptan
- ▶ Karotid arter diseksiyonu→sumatriptan
- ▶ SAK→ sumatriptan

Yanıtlar

► 2) AS' de hangi baş ağrılı hastalara görüntüleme yapalım?

► **Yanıt:** Baş ağrısı ve nörolojik bakıda anormal bulgusu olan, yeni başlayan şiddetli baş ağrılı hastalar ve HIV (+) hastalara **acil (emergent)** kranial BT çekilmeli! (Düzey B)

> 50 yaş ve yeni tipte baş ağrısı olan hastaya **ivedilikle (urgent)** kranial BT çekilmeli! (Düzey C)

Yanıtlar

- ▶ **3) SAK düşünülen hastada kontrastsız kranial BT normalse rutin LP yapalım mı?**
- ▶ **Yanıt:** Ani başlangıçlı-şiddetli baş ağrılı ve kranial BT negatif olan ve SAK düşünülen hastalarda LP yapılmalı! (Düzey B)
- ▶ Kranial BT' nin yetersiz olduğu durumlar; *teknik yetersizlik *tanısal yetersizlik *radyolojik yorum değişkenliği *küçük SAK *anemik hasta *zamanla sensitivitede azalma
- ▶ LP' nin yetersiz olduğu durumlar; *rüptüre olmamış anevrizma *arteriel diseksiyon *serebral venöz sinüs trombozu *pitüiter apopleksi *nonkoopere/obes hasta *BOS' un venöz kanla kontaminasyonu *postdural LP baş ağrısı

Yanıtlar

- ▶ 4) Hangi hastada kranial BT çekmeden önce güvenle LP yapılabilir?
- ▶ **Yanıt:** Baş ağrısına ek olarak İCP artışı bulguları varsa LP öncesi mutlaka kranial BT çekilmeli! (Düzey C)
- ▶ İCP artışı bulguları yoksa kranial BT olmadan LP yapılabilir. (Düzey C)

Yanıtlar

- ▶ **5) Ani başlangıçlı, şiddetli baş ağrılı, kranial BT ve LP negatif çıkan hastada ileri görüntüleme yöntemlerine gerek var mı?**
- ▶ **Yanıt:** Ani başlangıçlı-şiddetli baş ağrılı, kranial BT (-), BOS açılış P normal ve BOS analizi (-) ise ileri görüntülemeye gerek yok, hasta takibe alınarak taburcu edilebilir. (Düzey B)
- ▶ Bazı araştırmacılar “ **şimşek çakması**” şeklinde baş ağrılı hastalarda kranial BT ve LP negatif bile olsa angiografi yapılması gerekliliğini savunur.

Baş Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi



Kaynaklar

- 1) "Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Headache." From the American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Headache, *Annals of Emergency Medicine*, Vol 52, No.4: October 2008.
- 2) "Headache in the emergency department. How to handle the problem?" D. Grimaldi, S Cevoli, P Cortelli. *Neurol Sci* (2008) 29:S103-S106.
- 3) "Headache and Facial Pain" C. J. Denny, M. J. Schull. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 2004, 6th ed. North Carolina: McGraw-Hill; pp. 1375-1381.
- 4) "The management of headaches in the emergency department: critical issues" G. Bono, F. Antonaci, S. Manciolli et al. *Neurol Sci* (2006) 27:S59-S61.
- 5) "Does This Emergency Department Patient With Headache Require Neuroimaging?" S. Zehfabi, B. Wright. *Annals of Emergency Medicine*, Vol 51, No.3: March 2008.
- 6) "Headache management-Are we doing enough? An observational study of patients presenting with headache to the emergency department" T. Locker, S Mason, A Rigby. *Emerg Med J* 2004;21:327-332.
- 7) "Akut Baş ağrıları" M. Zarifoğlu, *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3(37).