

BAŞIM AĞRIYOR, ÖLECEK MİYİM?

Doç. Dr. Celal KATI
OMÜ ACİL TIP AD.

- ✓ Primer başağrıları
- ✓ **Sekonder başağrıları**
- ✓ **Kırmızı alarm**
- ✓ **Yanlış teşhis**

- ✓ Acil başvurularında 4. neden (%3)
- ✓ Primer ve sekonder nedenler oldukça fazla
- ✓ Tanısal tetkikler
- ✓ **Öykü ve muayene** - Sekonder nedenleri dışlamada
- ✓ İpuçları

- ✓ Değerlendirmede ağrının azaltılması
- ✓ Sekonder nedenler ön planda
- ✓ Uygun bir yaklaşım için sekonder nedenlerde **nörogörüntüleme** ve daha ileri tetkiklere gereksinim olabilir

DEĞERLENDİRME

- 1- Önemli ikincil nedenlere sahip olabilecek hastaları aramak ve tedavi etmek
- 2- Genellikle iyi görünen ve geri dönüşümlü ikincil nedenlerine sahip olabilecek hastaların tanısını koymak ve tedavi etmek
- 3- Birincil baş ağrısı sendromlarına etkin tedavi sunmak
- 4- Taburcu olan hastalara uygun takip ve yönlendirme sunmak

KİMLERE RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME?

Amerikan Acil Tıp Derneği (ACEP)

- ✓ Baş ağrısı + yeni nörolojik anormal bulgu
- ✓ Yeni ani başlangıçlı ciddi baş ağrısı
- ✓ HIV (+) hastada yeni baş ağrısı

Seviye B Öneri (acil kontrastsız BT)

- ✓ >50 yaşta yeni baş ağrısı olan fakat nörolojik muayene normal hasta

Seviye B Öneri (kontrastsız BT)

GENEL YAKLAŞIM

- ✓ Ağrının tedavi ile rahatlatılması sekonder ve primer baş ağrısı ayırıcı tanısında güvenilir değil
- ✓ Subaraknoid kanama
- ✓ Servikal arter diseksiyonu

Tedaviye yanıt akut baş ağrısının etyolojisini belirler mi?

- ✓ Tek başına akut baş ağrısının nedenini belirlemede bir gösterge olarak kullanılmamalı

Düzey C öneri

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 1

Başağrısı + Ani/Şiddetli başlangıç

- ✓ Hemorajik inme, SAK dahil
- ✓ Nörogörüntüleme
- ✓ **Kontrastsız BT** tüm kanamaları göstermez (%82)
- ✓ İlk 6 saatte tanısal değeri en fazla
- ✓ LP'ye gereksinim var
- ✓ BT anjiyografi
- ✓ Serebral arter diseksiyonu (tek taraflı baş-boyun semptomları ve nörolojik defisit)
- ✓ SVT (%2-3)

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 2

Baş ağrısı + fokal nörolojik defisit ve mental durum değişikliği

- ✓ Fokal bulgular intrakraniyal patolojilerin en güçlü göstergesidir
- ✓ Malignansiler, travma, infeksiyon, IKP artışı
- ✓ Serebral arter diseksiyonu, SVT
- ✓ Toksik/metabolik nedenler, CO zeh.
- ✓ İskemik inmede de başlangıç şikayeti

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 3

Baş ağrısı + HIV veya immünsuprese hasta

- ✓ İntrakraniyal patoloji şüphesi (%24-36)
- ✓ Kriptokok
- ✓ Menenjit
- ✓ Toksoplazmoz
- ✓ Lenfoma
- ✓ Posttransplantasyon uygulananlar ilaçlar %4-29

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 4

Baş ağrısı + ileri yaş

- ✓ **ACEP** 50 yaşın üstü yeni baş ağrılı hastalarda gelişmiş görüntülemeyi savunmaktadır (**Düzey C Tavsiye**)
- ✓ İntrakraniyal kanama
- ✓ Gizli travma
- ✓ Dev hücreli arterit
- ✓ Malignite

- ✓ 65 yaşın üstündeki hastalarda sekonder başağrısı oranı %15
- ✓ Genç yaş grubuna göre 4 kat artış
- ✓ İleri görüntüleme yöntemleri daha sık kullanılmalıdır

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 5

Baş ağrısı + Gebelik

- ✓ Genel popülasyona benzer
- ✓ Preeklampsi
- ✓ Serebral venöz tromboz
- ✓ Hipofiz apopleksisi

Eklampside nöbetten önce bir günden fazla süren baş ağrısı olabilir

- ✓ Gebelikle bağlantılı protrombotik durum
- ✓ İnme ve SVT (3. trimester ve postpartum)
- ✓ Gebelik, hipofizde %139'luk artışa neden olabilir (hipofiz apopleksisi riski)
- ✓ Epidural enjeksiyonlar

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 6

Baş ağrısı + Koagülopati

- ✓ Hematolojik rahatsızlıklar
- ✓ Antikoagülan
- ✓ Protrombotik bozukluklar SVT'de (%34) önemli rol oynar
- ✓ Protein C/S eksikliği
- ✓ Faktör V Leiden mutasyonları
- ✓ Oral kontraseptif kullanımı
- ✓ Hiperhomosisteinemi

- ✓ Spontan intrakraniyal kanama riski
- ✓ Hemofili A/B ve Von Willebrand hastalığı
- ✓ Antikoagülan ilaçlar (%12-20)

Hematom genişlemesi ve hızlı nörolojik bozulma

Bu hastalarda daha agresif bir şekilde ortaya çıkar

Hızlı tanı ve müdahale

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 7

Baş ağrısı + Malignite

- ✓ Kitle etkisi veya tedavinin bir sonucu
- ✓ Sabah ya da gece baş ağrısı (yetişkinlerde nadir)
- ✓ Bulantı, kusma ve nörolojik bozukluklar daha yaygındır

Primer ve metastatik tümörlerde baş ağrısı (%60)

- ✓ **Akciğer (%19.9)**
- ✓ Melanoma (%6.9)
- ✓ Renal (%6.5)
- ✓ Göğüs (%5.1)
- ✓ Kolorektal (%1.8)

Baş ağrısı tek bulgu (%2-8)

Nörolojik defisit, nöbet, nöropsikiyatrik bozukluklar

- ✓ Kanama riski
- ✓ İntrakraniyal kanama yaklaşık %1-11 (metastatik solid tümörler)
- ✓ Kemoterapötik ajanlar
- ✓ Radyoterapi

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 8

Başağrısı + Ateş

- ✓ Santral sinir sistemi ve sistemik enfeksiyonuna ikincil olarak ortaya çıkabilir
- ✓ Etyolojiyi ortaya çıkarmak için LP en önemli seçenek
- ✓ Artmış IKP riskinden dolayı bazı hastalar beyin görüntülemeye tabi tutulmalıdır (**ACEP Seviye C Tavsiye**)

- ✓ 60 yaş ve üstü
- ✓ Zayıf immünite
- ✓ MSS hastalığı özgeçmişi
- ✓ Yeni nöbetler
- ✓ Mental durum değişikliği
- ✓ Fokal nörolojik bozukluk
- ✓ Papil ödemi gibi

LP ile beyin herniasyonu riski yükselir

%49.6'sı BT çekilmeden LP yapılması konusunda rahatsızlık duymaktadırlar

- ✓ Beyin absesi menenjit ile nadiren ilişkili
 - ✓ Baş ağrısı %70
 - ✓ Ateş %50
 - ✓ Nörolojik defisit
 - ✓ Üçünün birlikteliği %20
- Ateş + baş ağrısı **non-enfeksiyöz** nedenler
- ✓ SAK, hipofiz apopleksisi ve dev hücreli arterit

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 9

Baş ağrısı + Görme bozukluğu

- ✓ Karotid arter disseksiyonu retinal iskemiye neden olur, ancak bu hastaların %2'sinde görülür
- ✓ Diğer monoküler görme kaybının nedenleri optik nevrit, dev hücreli artrit ve dar açılı glokom
- ✓ Geçici monoküler görme kaybıyla birlikte "retinal migren" tanımlanmıştır

Baş ağrısı ve binoküler görme kaybı

- ✓ İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ve intrakraniyal kitleler düşünülür

Görme alanı incelemesi

- ✓ Homonim hemianopsia gibi görme alanı bozukluğu tehlikeli bir nedene bağlıdır
- ✓ Yetişkinlerde **hemianopsi** vakalarının çoğu **vasküler** patolojiye ikincildir
- ✓ Serebral enfarktüs ve intrakraniyal kanama, bunu travma ve beyin tümörü izler

Fundoskopik muayene

Papil ödem varlığı

- ✓ İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon
- ✓ Serebral venöz tromboz
- ✓ Malignite veya enfeksiyon
- ✓ Kalıcı optik sinir hasarı

YÜKSEK RİSKLİ KLİNİK SENARYOLAR - 10

Başağrısı + Bilinç kaybı

- ✓ Vasküler
- ✓ SAK ve senkop (%5)
- ✓ İKK
- ✓ Eklampsi
- ✓ Enfeksiyonlar
- ✓ Hemoraji
- ✓ Malignensi
- ✓ İKP artışı

SAK + nöbet klinik kötüleşmede **tek başına** önemli bir belirteçtir

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Subaraknoid kanama

- ✓ Fiziksel zorlanma (egzersiz, cinsel ilişki) %20'sinde tetikleyici durum var
- ✓ Ani başlangıç ve ciddi ağrı
- ✓ Kusma
- ✓ Ense ağrısı
- ✓ Bilinç değişikliği
- ✓ Nörolojik defisit
- ✓ Nöbet
- ✓ Koma

- ✓ BOS analizi
- ✓ 3. nesil BT (ilk 6 saat içinde)
- ✓ Nörolojik defisiti olmayan
- ✓ Bilinç seviyesi normal hastalar için
- ✓ Nondiyagnostik BT durumunda LP önerilmektedir (2012 AHA/ASA)
- ✓ BT anjiyografi (%90 üzeri)
- ✓ Ancak cerrahi müdahale gerektirmeyen asemptomatik anevrizmalar da bunun içinde

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Karotid/vertebral arter diseksiyonu

- ✓ Teşhisi zor bir durum
- ✓ İnme vakalarının %2'si
- ✓ Genç ve çocuklarda %24
- ✓ Servikal travma
- ✓ Zorlu egzersiz
- ✓ Hapşırma
- ✓ %40'ında görülür
- ✓ Başağrısı baskın semptomdur (%70)

Nörolojik bulguların geç başlaması tanıda en büyük problem

- ✓ Karotis arterde **4 gün**
- ✓ %73 serebral iskemi bulguları
- ✓ Horner sendromu
- ✓ Görme kaybı
- ✓ Kraniyal sinir felci
- ✓ Pulsatil tinnitus
- ✓ Vertebral arterde **14.5 saat**
- ✓ %90 serebral iskemi bulguları

- ✓ MR/MRA
- ✓ BT anjiyografi
- ✓ Ultrasonografi için duyarlılık; %70-86

En ideali klinik şüphe durumunda nörolojik defisit gelişmeden tanının konmasıdır

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Temporal arterit

- ✓ Yaş (50 ve üstü)
- ✓ %53'ünde başağrısı
- ✓ Polimiyalji romatika
- ✓ Temporal arter anomalileri
- ✓ Ateş
- ✓ Görme kaybı
- ✓ Omuz, kalça ve boyun ağrıları (%50 hastada)
- ✓ Anemi, ateş, kilo kaybı ve ateş (ek ipuçları)

- ✓ Açıklanamayan ateşi olan yaşlı hastalarda nihai tanı oranı %17 (en sık)
- ✓ Geçici monoküler görme bozukluğu veya diplopi (erken belirti)
- ✓ Hastaların %10'unda binoküler görsel değişiklikler

- ✓ Kalıcı görme kaybı
- ✓ Optik ya da retinal iskemi (hastaların %15'inde)
- ✓ Şüpheli durumda, kortikosteroidlerle ampirik tedavi başlanmalı
- ✓ **Temporal arter biyopsisi**
- ✓ **Sedimentasyon** seviyeleri biyopsi ile teyit edilmiş olan hastaların %5'inde normal
- ✓ Şüphe varsa temporal biyopsiyi beklerken steroid tedavisinin başlatılması geciktirilmemelidir

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Serebral ven ve sinüs trombozu

- ✓ Yaş
- ✓ Oral kontraseptif kullanımı ve trombofili en sık görülen risk faktörleri
- ✓ İlave risk faktörleri
- ✓ Gebelik ve doğum sonrası
- ✓ Enfeksiyonlar
- ✓ Baş ağrısı (en sık) (%90'ından fazlası) hastaların %25' inde tek bulgu

- ✓ Ortalama gecikme süresi 7 gün
- ✓ Artmış IKP veya fokal beyin hasarı
- ✓ Papil ödem
- ✓ 6.sinir paralizisi
- ✓ Superior sagittal bölge
- ✓ Afazi, bilinç değişikliği
- ✓ Stupor ve koma (%14'ünde)
- ✓ Nöbetler (%40'ında)
- ✓ Hastaların üçte birinde intraserebral hemoraji gelişir

- ✓ İlk nörogörüntüleme genellikle BT veya MR
- ✓ Ne yazık ki, BT veya MRG etkili bir tanı koyamaz
- ✓ Klinik şüphe yüksek olduğunda
- ✓ BT veya MR venografi ile daha ileri çalışmalar önerilir

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon

- ✓ IKP'nin yükselmesi ile karakterizedir (IKP > 20 cm H₂O)
- ✓ Normal ventriküler ve BOS analizi
- ✓ İşgal eden lezyon yok
- ✓ 3. ve 4. dekat obez kadınlar
- ✓ Baş ağrısı
- ✓ Tedaviler etkisiz kalırsa kalıcı görme kaybı
- ✓ Geçici görme bozuklukları
- ✓ Pulsatil tinnitus (%50)
- ✓ Omuz ve kol ağrıları

FM

- ✓ Papil ödemi
- ✓ Periferik görme alanı defekti
- ✓ Tek taraflı veya bilateral VI. sinir (abducens) felci

LP

- ✓ IKP artışı

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Akut dar açılı glokom

- ✓ Yaşlı hastalar (50 yaşından büyük)
- ✓ Pupil dilatasyonu
- ✓ **Ani başlayan göz ağrısı**
- ✓ Bulanık görme
- ✓ Baş ağrısı
- ✓ Mide bulantısı ve kusma

FM

- ✓ Görme keskinliğinde azalma
- ✓ Konjonktival hiperemi
- ✓ Mid dilate pupil
- ✓ Bulanık (ödemli) kornea

GİB genellikle 30 mm Hg veya daha yüksektir

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Bakteriyel menenjit

- ✓ Bakteriyel (%15 mortalite)
- ✓ Viral
- ✓ Fungal
- ✓ Parazit
- ✓ Non-infeksiyöz
- ✓ Baş ağrısı, ateş ve ense sertliği (%44)
- ✓ Bakteriyel (%99 unda en az biri) ve %95 inde en az ikisi (bilinç değişikliği dahil)

Fizik muayene bulguları

- ✓ Kernig belirtisi (%97; %2)
- ✓ Brudzinski belirtisi (%98; %2) duyarlılıkları düşük
- ✓ Ense sertliği (%80; %13)
- ✓ Bulgular hastalığı ekarte edemez
- ✓ BOS analizi değerlendirmede uygun
- ✓ Antimikrobik tedavi, LP veya BOS için geciktirilmemelidir

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Preeklampsi

- ✓ Gebeliğin 20. haftası postpartum 6. haftaya kadar (%5)
- ✓ Trombositopeni
- ✓ Böbrek yetmezliği
- ✓ Karaciğer fonksiyon bozukluğu
- ✓ Pulmoner ödem
- ✓ Serebral olaylar
- ✓ Görme bozukluğu

- ✓ 20 haftanın üzerindeki gebeliği olan herhangi bir hastada yeni başlayan baş ağrısı ile *ACOG* kriterlerinin karşılanması
- ✓ Preeklampsi ve acil konsültasyon düşünülmelidir

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Hipofizer apopleksi

Risk faktörleri (%25-40)

- ✓ Gebelik
- ✓ Kafa travması
- ✓ Büyük cerrahiler
- ✓ Dopamin agonistleri

- ✓ Şiddetli baş ağrısı (SAK'yı taklit eder)
- ✓ Kusma
- ✓ Görme şikayetleri
- ✓ Ateş
- ✓ Menengial irritasyon
- ✓ Bilinç değişikliği
- ✓ Görsel belirtiler
- ✓ Azalmış görme keskinliği veya görme alanı defekti (%75)
- ✓ Oküler parezi (%70)

- ✓ Kontrastsız BT
- ✓ MR

SEKONDER BAŞAĞRISININ TEHLİKELİ NEDENLERİ

Karbonmonoksit zehirlenmesi

Hafif

Baş ağrısı, miyalji, baş dönmesi ve nöropsikolojik bozukluklar

Şiddetli

- ✓ Mental durumda değişiklik
- ✓ Fokal nörolojik defisitler
- ✓ Bilinç kaybı veya ölüm
- ✓ Gecikmiş nörolojik sekel ve nöropsikiyatrik etkiler

Nabız oksimetre

- ✓ Oksihemoglobin ve karboksihemoglobin arasında ayrım yapamaz
SpO2 güvenilir değildir
- ✓ Dolayısıyla, yükselmiş karboksihemoglobini ölçmek için **serum kan gazı** analizine ihtiyaç duyulur