

Subaraknoid kanama için uyarıcı bir semptom: Sentinel baş ağrısı

A premonitory symptom for subarachnoid hemorrhage: sentinel headache

Dr. Bilal Kelten / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Maltepe, İstanbul
Dr. Hakan Erdoğan / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Maltepe, İstanbul
Dr. Şahin Yüceli / Erzincan Özel Neon Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Erzincan
Dr. Ali Osman Akdemir / Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul
Dr. Alper Karaoğlan / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Maltepe, İstanbul

İletişim adresi: Dr. Hakan Erdoğan / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Maltepe, İstanbul

GİRİŞ:

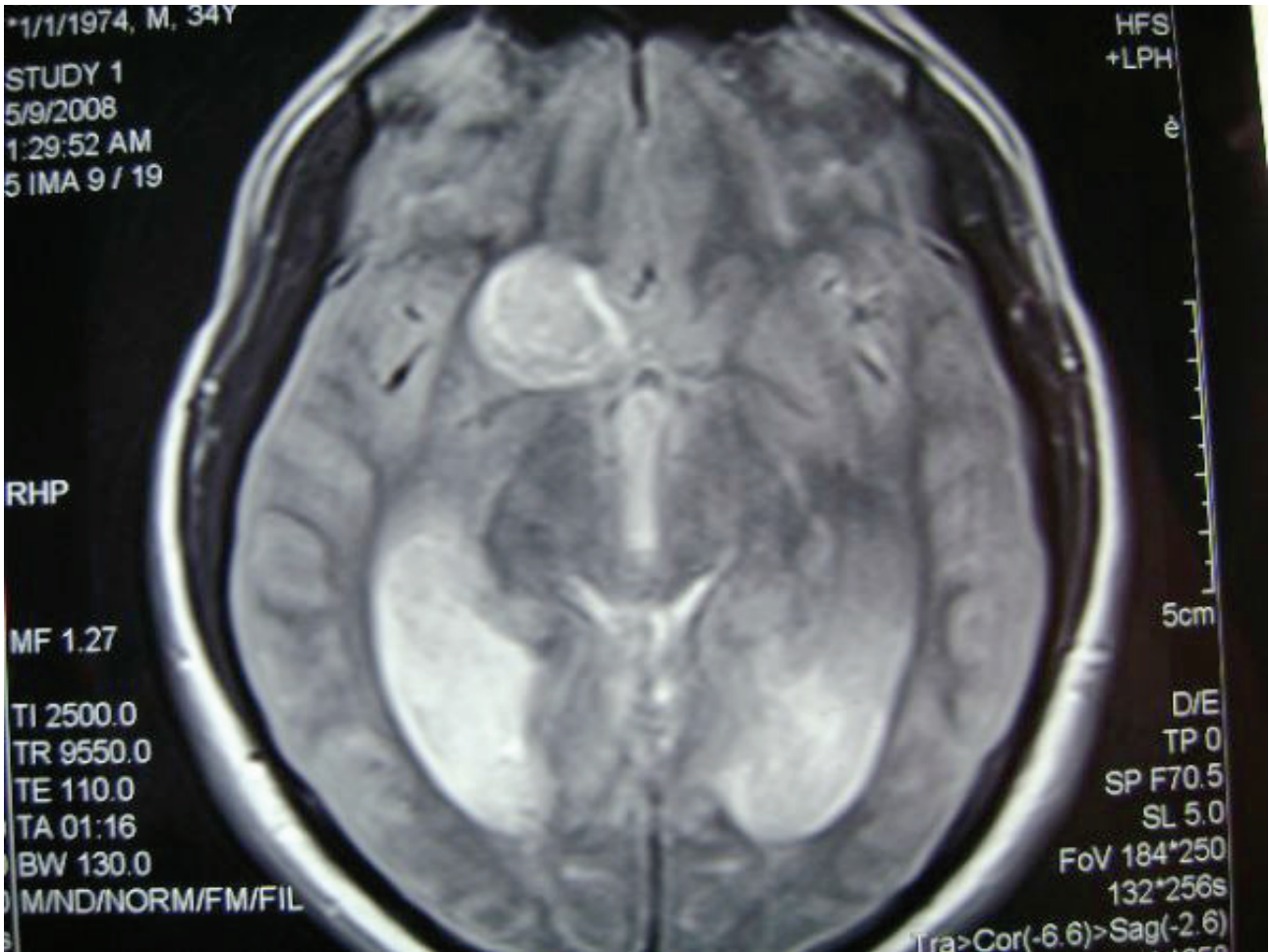
Subaraknoid hemorajili (SAH) hastaların %12'si hastaneye ulaşmadan %40'ı ise ilk 1 ay içinde kaybedilirler. (1) SAH'lı hastaların %75-80' inde neden intrakraniyal anevrizma rüptürüdür (1,2) aynı zamanda önemli bir kısmında baş ağrısı ilk ve tek semptomdur. Sıklıkla günler ya da haftalar önce meydana gelen ve dikkate alınmayan ya da küçümsenen ciddi baş ağrısı hikayesi vardır. SAH öncesi ortaya çıkan bu baş ağrısı, Sentinel baş ağrısı (SB) olarak bilinir ve serebral anevrizmalar ile ilişkilidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda sentinel baş ağrısı oranı SAH'lı hastalarda %10-43 arasında bulunmuştur (3,4). Biz kliniğimize SAH ile başvuran ve daha önce şiddetli baş ağrısı şikâyeti olan hastayı tartışmak istedik.

Anahtar kelimeler: sentinel baş ağrısı, subaraknoid kanama

ABSTRACT

12% of the patients with subarachnoid hemorrhage (SAH) die before reaching the hospital while 40% of all die in a month (1). Most common cause is rupture of an intracranial aneurysm in 75-80% of the patients with SAH (1,2) Many patients have headache as the only symptom, or as the first symptom. Patients may have insignificant headache several days or weeks before SAH happens. This kind of headache is known as the sentinel headache (SH) and it is related to the cerebral aneurysms. In recent studies, the incidence of sentinel headache in the patients with SAH was evaluated in a range of 10-43% (3,4). In this study, we discuss a patient who presented with SAH who had a history of severe headache previously.

Key words: sentinel headache, subarachnoid hemorrhage

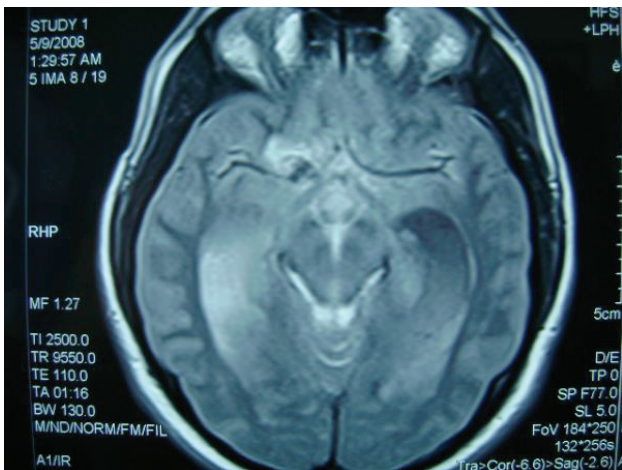


Resim 1: Sublentiform lokalizasyonda intraserebral hematoma.

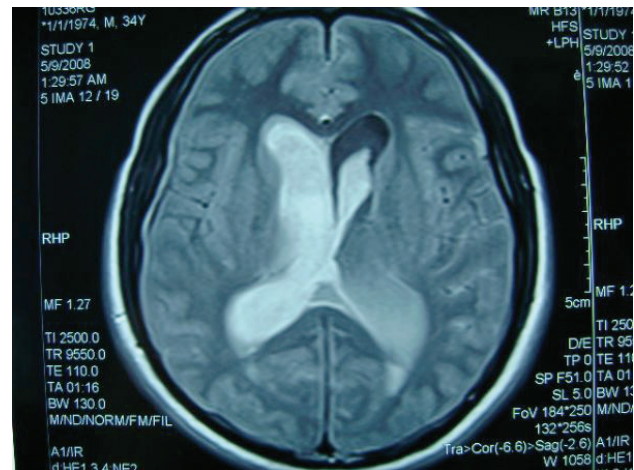
OLGU

34 yaşında erkek hasta ani başlangıçlı şiddetli baş ağrısı ve kusmayı takiben gelişen bilinç kaybı ile hastanemize getirildi. Ateş: 36.9C, Nabız: 98ritm/dk TA:160/100 mmHg idi. Nörolojik muayenesinde; GCS:8, pupilleri izokorik, PIR+/, ense sertliği ve Kernig bulgusu (+), taban cildi refleksi sağda ekstansör, olarak

bulunan hastanın, diğer sistem bulguları doğaldı, Hemogram, biyokimya, PT-PTT-INR değerleri normal olan hastaya çekilen kranial MR tetkikinde sağ serebral hemisferde sublentiform lokalizasyonlu ventriküle açılmış hematoma (Resim 1), alt komşuluğunda internal karotid arter bifurkasyon ile uyumlu lokalizasyonda kuşku anevrizma görünümü (Resim 2) ve ventriküllerde dila-



Resim 2: Hematom alt komşuluğunda ICA bifurkasyon ile uyumlu lokalizasyonda kuşku anevrizma.



Resim 3: Ventriküllerde dilatasyon ve kanama.

tasyon saptandı (Resim 3). Hasta acil olarak operasyona alınarak ventriküler eksternal drenaj uygulanmasını takiben yoğun bakım ünitesine alındı. Özgeçmişinde son 2 ay içinde bir kaç defa ani başlangıçlı ve şiddetli baş ağrıları olan takibinde bilgisayarlı tomografi çektirilerek patoloji saptanmadığı için gerilim baş ağrısı olarak değerlendirilerek analjezik tedavi verilen hastanın en son kanamadan 2 hafta önce yine ani başlangıçlı ve şiddetli baş ağrısı olduğu ve önemsemediği öğrenildi. Operasyon sonrasında nörolojik durumunda belirgin düzelme olmayan hasta günler içinde kaybedildi.

TARTIŞMA

Sentinel ya da uyarıcı baş ağrısı anevrizma rüptürü sonrası küçük kan sızıntısı ile görülür, ilk kez "uyarıcı sızıntı" olarak Gillinham tarafından 1958 yılında tanımlanmıştır (5). Genellikle SB kanamadan 2 hafta önce oluşur, 7-14 gün içinde minör pik, 24 saat içinde ise major pik yapar. Bu period uyarıcı sızıntı hipotezini destekler ve yeni bir kanamayı gösterir (3). Bizim hastamızda da sonuncusu SAH'dan 2 hafta önce olmak üzere 2 ay içinde bu tip baş ağrısı şikayetleri olmuş.

Rüptüre olmamış anevrizma duvarındaki disseksiyon ya da daralma sızıntı olmadan da sentinel baş ağrısının nedeni olabilir (3). SB'nin fizyopatolojisinde birkaç mekanizma rol oynar: 1- Anevrizya bağlı sızıntı, 2- anevrizma duvarının içinde sınırlı kalan kanama, 3- İntra-anevrizmal oklüzyon nedeniyle anevrizmanın dilatasyonu ve buna bağlı duraya bası sonucu lokalize vazospazm ile ilgili olduğu bildirilmektedir.(1). Bu durumda sentinel baş ağrısı düşünülen hastalarda SAH gelişmeden önce anevrizma açısından incelemenin oldukça önemli olduğu söylenebilir. Bunun için bu hastalara öncelikle BBT çekilmeli, normal ise lomber ponksiyon yaparak beyin omurilik sıvısı (BOS) incelenmelidir. Bu incelemede normal bulunursa MRI çekilmelidir. MRI'da anevrizma tespit edilmemişse katater anjiyografi için hazırlık yapılmalıdır (6). Yanlış teşhis ciddi fiziksel sonuçlar üretebilir. SB'ları intrakranial yapısal patolojileri özellikle SAH'ı çağırıldığı için önemlidir (7). SAH'ın karakteristik semptomları %74 ani başlayan baş ağrısı, %77 bulantı-kusma, %53 bilinçte azalma, %64 nörolojik bulgularında içeren bilinç bozukluğu, %35 inatçı boyun ağrısıdır (8). Bu nedenle ani başlangıçlı ve sıradışı baş ağrısı yakınması olan olguların şikayetleri kısa zamanda geçse dahi sentinel baş ağrısı olabileceği akılda tutulmalıdır. SB'nin hafife alınması yada yanlış teşhis edilmesi özellikle baş ağrısı karakterinin dikkate alınmamasına bağlıdır zira uyarıcı ağrının karakteristiği; alışılmamış, ciddi ve ani başlan-

gıçlı thunderclap (gök gürültüsü) şeklinde tanımlanabilir. Bizim hastamızda ise daha önceki şikâyetinde BBT'nin temiz çıkması sonucu muhtemelen ağrının karakteristiği ve klinik muayenede patoloji tespit edilmemesi sonucu gerilim tipi baş ağrısı (GBA) olarak değerlendirilmiştir, oysaki GBA'nın ani başlangıçlı ve şiddetli olmadığı bilinmektedir (1). Bunun aksine BBT'yi hatalı yorumlama, Negatif BBT'li hastalara lomber ponksiyon yaparken BOS bulgularını yanlış değerlendirme; örneğin ksantokromik görüntü ilk 12 saatte bulunmaması yada ponksiyon yaparken vasküler yapıları travmatize etme sonucu hatalı değerlendirme yapılabilir (9). SB'nin SAH'lardaki oranının %10-43 arasında bulunması yine farklı kaynaklarda da bu oranın geniş aralıklarda saptanmasının nedeni de muhtemelen bu yanlış teşhis oranına bağlıdır. Bu gibi durumlarda Fiziksel yeterlilik sağlık bakım organizasyonu doğru teşhise izin verir (10-11).

SONUÇ

Sonuç olarak; ani ve şiddetli başlayan ciddi baş ağrıları ile başvuran hastalarda eğitim programları ile yanlış teşhis sıklığının azaltılması ve özellikle bu tip baş ağrıları ilk planda primer baş ağrısı olarak değerlendirmeyip kapsamlı olarak ilgili tetkikleri yaparak (her ne kadar anevrizmalı hastaların az bir kısmı SAH ile sonuçlansa da) arkasından gelebilecek mortalite ve morbidite oranı yüksek olan masif bir kanamayı engelleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Boes CS, Capobianco DS, Cutrer FM, et al. Headache and other craniofacialpain. In: Bradley WG, Duroft RB, Fenichel GM, Sankovic J,eds. Neurology in clinical practice. Philadelphia: Butterworth and Hanemann; 2004: 2055-2106.
2. Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, et al. Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes. Cephalalgia. 2002; 22: 354-360.
3. De Falco FA. Sentinel headache. Neurol Sci. 2004 Oct;25 Suppl 3:S 215-217.
4. Saper JR. Medicolegal issues: Headache. Neurol Clin. 1999; 17: 197-214.
5. Gillingham FJ. The management of ruptured intracranial aneurysm. Ann R Coll Surg Engl. 1958;23:89-117.
6. Linn FH, Rinkel GJ, Aigra A, et al. Headache characteristics in subarachnoid hemorrhage and benign thunderclap headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1998; 65: 791-793.

7. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Overview, diagnosis and classification of headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ (eds) Wolff's headache and other facial pain. Oxford University Press, New York, pp 6–26 *Neurosurg Psychiatry* 1998; 65: 791-793.
8. Fontanarosa PB. Recognition of subarachnoid hemorrhage. *Ann Emerg Med.* 1989;18:1199-1205.
9. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid haemorrhage. *N Engl J Med.* 2000;342:29–36.
10. Linn FHH, Wijdicks EFM, van der Graaf Y, et al. Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet.* 1994;344:590–593.
11. Richardson JC, Hyland HH. Intracranial aneurysms: a clinical and pathological study of subarachnoid hemorrhage caused by berry aneurysms. *Medicine.* 1941;20:1–83.