14. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ
5TH INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS
INTERNATIONAL CRITICAL CARE AND EMERGENCY MEDICINE CONGRESS
19-22 Nisan 2018 Kaya Palazzo Golf Resort Otel
ATUDER

Ağır sefaljinin teşhis stratejileri

Dr. Serhat Karaman

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Sunum Planı

- Önemi
- Riskli grubu nasıl belirleyeceğiz
- Hangi yöntemler güvenli
- Sorular / cevaplar
- Riskli öykü ve fizik muayene bulguları neler
- Öneri ve tavsiyeler
- 15 dakika

Baş Ağrısı

- Dördüncü en yaygın şikayet
- Non-travmatik baş ağrısı %2 – 4
- Benign primer baş ağrılarından (migren, gerilim veya küme) hayati tehlike arz eden baş ağrılarının ayrılması
- **Önemli bir sorun** !
- **Ciddi** bir baş ağrısının fark edilmemesi, kalıcı nörolojik defisitler, görme kaybı veya ölüm gibi ciddi **sonuçlar**



Neurological Sciences
October 2010, Volume 31, Issue 5, pp 545–553 | Cite as

Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal

Authors Authors and affiliations

Paola Torelli, Valentina Campana, Gianfranco Cervellin, Gian Camillo Manzoni

Amaç

- Dikkatli bir **öykü** ve **fizik muayene**, baş ağrılı hastanın değerlendirmesinin en önemli parçası olmaya devam etmektedir.
- Risk var mı?
- Tetkik gerekli mi?
- **Yüksek riskli baş ağrılarıyla karakterize** öykü ve fizik muayene ile Acil Servislere başvuran yetişkinlere nasıl yaklaşacağız**?**

Analjezik tedavi cevabına göre hastaları taburcu edebilir miyiz?

Ne kadar güvenli?

- Primer ve sekonder baş ağrıları, analjezik tedavi cevabına göre güvenilir bir şekilde ayırt edilemez.

- İkincil baş ağrısının yaşamı tehdit eden çok sayıda nedeni, subaraknoid hemoraji ve servikal arter diseksiyonu dahil olmak üzere basit analjeziklere cevap verdiği bildirilmektedir.

*Pope JV, Edlow JA. Favorable response to analgesics does not predict a benign etiology of headache. Headache 2008;48:944.

*Barclay CL, Shuaib A, Montoya D, et al. Response of non-migrainous headaches to chlorpromazine. Headache 1990;30:85

Yüksek Riskli Hastalar

Kimler ?

Nasıl belirleyeceğiz?

Yüksek Riskli Hastaların Belirlenmesi

- Öyküde / fizik muayenesinde yüksek riskli özellik ya da bulgusu
- Acil tanı gerektiren ve yaşamı tehdit eden bir durum
- Primer olarak adlandırılan benign intrinsik nedenler (migren, küme ve gerilim)
- **Sekonder** nedenler

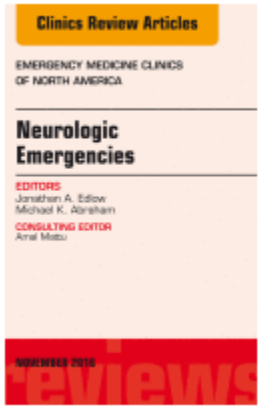
Öyküde veya **fizik muayenede** yüksek riskli

özellik ya da muayene bulgusu nedir **?**

Yüksek riskli öykü veya fizik muayene bulguları

Sekonder baş ağrısının varlığına dair uyarı işaretleri

Öykü
Ani başlangıçlı ve başlangıçta şiddetli
Geçmişte benzer baş ağrısı yok
Eşzamanlı enfeksiyon
Mental durum değişikliği / nöbet
Eforla birlikte baş ağrısı
50 yaş üstü
İmmunsüpresyon Görme bozukluğu
Fizik Muayene
Nörolojik anormallik
Bilinç kaybı
Meningismus
Toxic görünüm
Papill ödem



Headache in the Emergency Department

Ramin R. Tabatabai MD and Stuart P. Swadron MD, FRCPC

Emergency Medicine Clinics of North America, 2016-11-01, Volume 34, Issue 4, Pages 695-716, Copyright © 2016 Elsevier Inc.

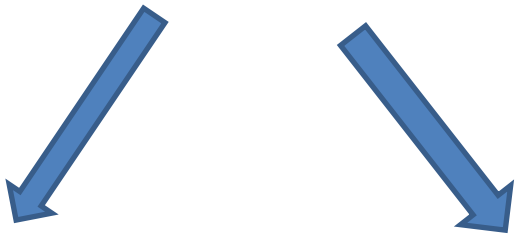
önemli noktalar

- Akut baş ağrısıyla başvuran hastalarda acil doktorların göz önünde bulundurması gereken yaşamı tehdit eden, uzuvlardan, beyin ya da gözden kaynaklanan baş ağrısının ikincil nedenleri vardır.

- Baş ağrısının bu önemli ikincil nedenlerini hedef alan **dikkatli öykü ve fizik muayene**, bu hastalarda yanlış tanıdan kaçınılmasına yardımcı olacaktır.

- Diğer bazı semptom veya işaretler ayırıcı tanıya odaklanmaya yardımcı olan bir stratejidir.

Öyküde veya fizik muayenede yüksek risk özellikleri



Hangi hastaların baş ağrısı tehlikeli bir nedenden dolayı yüksek risk altında olduğunu

Primer olarak adlandırılan iyi huylu intrinsik nedenlerden (migren, küme ve gerginlik)

Ani başlangıç

- Ağrının başlangıcından birkaç saniye veya dakika sonra maksimal şiddete ulaşan şiddetli persistan bir baş ağrısı agresif araştırmayı gerektirmektedir.
- Subaraknoid kanama (SAH), çoğu zaman ani başlayan acı verici ağrı
- Karotis ve vertebral arter diseksiyonu, venöz sinüs trombozu, hipofiz apopleksi, akut dar açılı glokom ve hipertansif acil durumlar
- Herpetik veya Lyme menenjit ve idiopatik intrakranial hipertansiyon gibi bazı baş ağrısının bazı tehlikeli nedenleriyle yavaş yavaş artabilir.

Öyküde benzer baş ağrısı yok

- Benzer baş ağrılarının olmaması, ciddi bir patolojiye işaret
- "**İlk**" veya "**hayatımın en kötü baş ağrısı**“
- intrakraniyal kanamaya veya merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonuna eşlik eden bir tanım
- Migren genellikle geçmişte benzer baş ağrılarına sahiptir.
- **AIDS'li veya kanserli bir hastada yeni veya sıra dışı bir baş ağrısı, intrakranial bir lezyon veya enfeksiyona işaret eder**



SAEM Academic Emergency Medicine

Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine

Free Access

A Decision Guideline for Emergency Department Utilization of Noncontrast Head Computed Tomography in HIV-infected Patients

Richard E. Rothman MD, PhD, Penelope M. Keyl PhD, Justin C. McArthur MBBS, MPH, Norman J. Beauchamp MD Jr., Taras Danyluk DO, Gabor D. Kelen MD

First published: 28 June 2008 | https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1999.tb01184.x | Cited by:14

- **Eşzamanlı enfeksiyon**
- Non-kraniyal bölgede (akciğerler veya paranazal veya mastoid sinüsler gibi) enfeksiyon menenjit veya intrakranial abse gelişimi için bir odak !

- **Mental durum değişikliği veya nöbet**
- Mental durum, kişilik veya bilinç düzeyindeki dalgalanmalar – değişiklik

- Senkop veya presenkop (SAK !) Nöbet ile ilişkili baş ağrısı

- **Egzersizle Baş Ağrısı**

  Baş ağrısının eforla başlaması (örneğin cinsel ilişki, egzersiz)

  Karotis arter diseksiyonu veya intrakraniyal kanama olasılığını ↑

- **50 yaşın üzerinde**

  yeni başlangıçlı

  giderek kötüleşen baş ağrısı

  (intrakranial kitle lezyonu ve temporal arterit)

  risk ↑

HEADACHE
The Journal of Head and Face Pain
AMERICAN HEADACHE SOCIETY

Full Access

The Utility of Clinical Features in Patients Presenting With Nontraumatic Headache: An Investigation of Adult Patients Attending an Emergency Department

Thomas E Locker MB, ChB, MRCSEd, Catriona Thompson BM, MRCS, Jamie Rylance BM, BS, MRCP, Suzanne M Mason MD, FFAEM

First published: 29 March 2006 | https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00448.x | Cited by:27

- 558 (% 94.7) 589
- 75(% 13.4) hastada baş ağrısının ciddi bir patolojik sebeb
- **> 50 yaş** (olasılık oranı (LR) = 2.34)
- **ani başlangıç**, (LR = 1.74)
- **nörolojik muayenede herhangi bir anormallik** (LR = 3.56)
- 3 özellikten herhangi birinin varlığı % 98,6 duyarlılık ve % 34.4 özgüllük

- **50 yaşından büyük, ani başlangıçlı ve anormal nörolojik muayenede, ciddi patolojinin önemli bağımsız belirleyicileri**

- **HIV ve immünsüpresyon**
- Toksoplazmoz, inme, beyin apsesi, menenjit ve merkezi sinir sistemi malignitesi dahil olmak üzere intrakraniyal hastalık için önemli risk a

- **Görme Bozuklukluğu**
- Dikkatli bir öykü ve göz muayenesi sırasında göz içi basınçlarının ölçülmesi de dahil olmak üzere fizik muayene genellikle bunun ağrının kaynağı olup olmadığını belirlemek için yeterlidir. Görme bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı da dev hücreli arterit ile ilişkili olabilir.

- **Ağrının lokalizasyonu**
- Alt boyuna ve omuzlar arasına yayılan baş ağrısı, enfeksiyon veya subaraknoid kanamadan kaynaklanan meningeal irritasyona işaret edebilir
- Bazı ikincil baş ağrıları iyi lokalizedir. (akut dar açılı glokomdan baş ağrısına genellikle ilgili göz çevresinde odaklanır)

Baş ağrısının lokalizasyonu ayırt edici mi ?

December 1997

Predictors of Intracranial Pathologic Findings in Patients Who Seek Emergency Care Because of Headache

Manuel Ramirez-Lassepas, MD; Carlos E. Espinosa, MD; James J. Cicero, MD; et al

Arch Neurol. 1997;54(12):1506-1509. doi:10.1001/archneur.1997.00550240058013

- Acil servis
- 1720 erişkin hasta (ayaktan taburcu)
- 139 hasta hastaneye yatırılmış
- Demografik veriler, baş ağrısının klinik özellikleri, nörolojik ve fizik muayene sonuçları, tanı amaçlı radyolojik ve laboratuvar sonuçları, acil servis ziyareti yapıldıktan 6 ay sonra kesin tanı ve sonuçları

Genellikle, baş ağrısının yeri spesifik değildir ve tanı için güvenilmemelidir.

- **Aile öyküsü**
- Birinci veya ikinci derece akrabalar arasında ailede subaraknoid kanama (SAH) öyküsü

SAK riski ↑

- **İlaçlar** - antikoagülanlar, glukokortikoidler, oral kontraseptifler ve analjezikler

Aspirin dahil antikoagülan veya nonsteroidal antienflamatuar ilaçların kullanımı intrakraniyal kanama riskini artırır.

Sempatomimetik de intrakranial kanama ile ilişkilidir.

Analjezikler şiddetli semptomları maskeleyebilir !

- **Toksik maruziyet**
- Bir çok aile üyesi veya iş arkadaşını içeren ve acil serviste hızlı bir şekilde iyileşen baş ağrıları

  (karbonmonoksit zehirlenmesi)
- **Yasa dışı uyuşturucular** - Kokain, metamfetamin ve diğer sempatomimetik ajanlar

  (inme ve kafa içi kanama riski)

- Ateşin yokluğunda bile beyin apsesi başka bir olasılıktır.

Ek Öykü

- Kafa travması
- Olası toksik maruziyetler
- SAK ile anevrizma riskini arttıran intrakraniyal metastaz ve polikistik böbrek hastalığı veya bağ dokusu hastalığı
- Öksürük veya valsalva tarafından indüklenen baş ağrısı, beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısı

Yüksek risk **f**izik **m**uayene bulguları

Fizik muayene

ile ilgili bulgular, baş ağrısının hayatı tehdit eden bir sebebini ortaya koymaya yardımcı olabilir.

Anormal vital bulgular

- **Ateş**, SSS enfeksiyonu veya inflamasyona bağlı olabilir ve birkaç günlük SAK
- Nadiren de olsa, şiddetli hipertansiyon (diyastolik kan basıncı ≥120 mmHg) baş ağrısı olarak kendini gösterebilir
- Daha önce normotansif bir hastada yeni hipertansiyon KİBAS

Cushing Refleksi

bradikardi ve **hipertansiyon**

artmış KİB

dır.

SONUÇ:

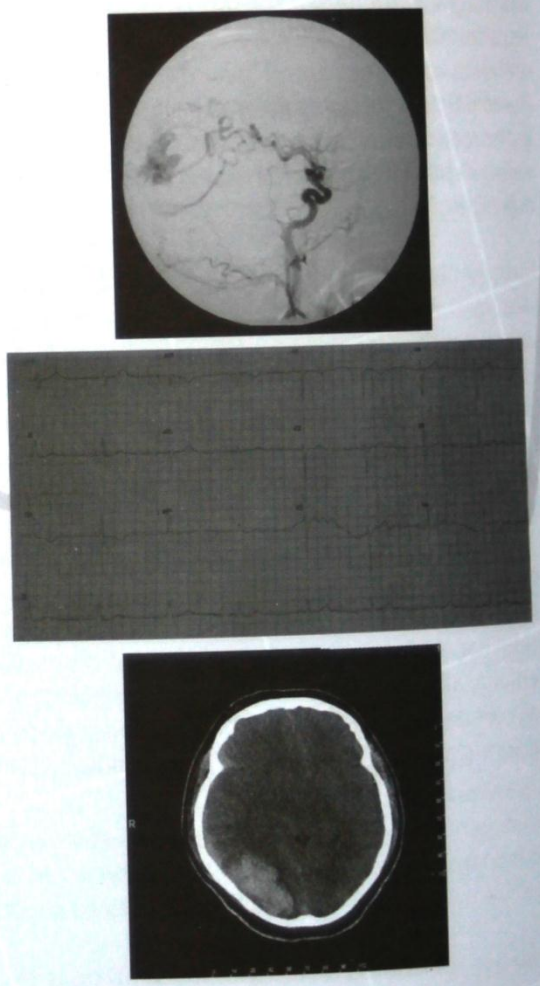
SPM nadir görülmekle beraber risk faktörlerinin bulunması durumunda akciğer grafisi bulgularının dikkatlice incelenmesi tanıya ulaşmada oldukça önemlidir.

P-246
HİPERTANSİF BRADİKARDİ Mİ?

S KARAMAN, E KADIOĞLU, A KESİM, M.A AFACAN, M.E KARAKILIÇ

ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Baş ağrısı acil servislerde çok sık karşılaşılan semptomlardan biridir. Acil servis başvurularının yaklaşık %4'ünü ilgilendiren baş ağrısı, hayati tehdit edebilecek bir hastalığın semptomu olarakta acil servislerde karşımıza çıkabilmektedir. Subaraknoid kanama, baş ağrısının yaşamı tehdit eden nedenlerinden biridir. Kafa içi basınç artışı vital bulguların değişimiyle karakterizedir. Cushing refleksi bize kafa içi basınç artış sendromu (KİBAS) hakkında erken bilgi verir. 43 yaşında erkek hasta şiddetli baş ağrısı şikayeti ile acil kliniğimize geldi. Hastanın daha önce baş ağrısı şikayetleri olduğu öğrenildi. Hastanın ilk değerlendirilmesinde TA:220/110mmHg, stik ile bakılan kan şekeri 136mg/dl, nabzı 45/dk, EKG'de sinüs bradikardisi (47/dk) görüldü. Hastanın bilinen bir kronik hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilacı yoktu. Hasta acil resüstasyonda güvenlik çemberine alınarak ozmoterapi başlandı. Hastanın ilk defa bu kadar şiddetli baş ağrısı olduğunu söylemesi, hipertansiyonu ve EKG'de bradikardisi olması üzerine subaraknoid kanama (SAK) ön tanısı ile beyin tomografisi çekildi. Tomografisinde sağ pariyetooksipitalde akut parankimal hematom ve subaraknoid mesafelerde SAK ile uyumlu hiperdens görünüm izlendi. Hasta nöroşirürji ve nöroloji kliniklerine konsülte edildikten sonra serebral ken döneminde cushing refleksi oluşurken, basınç artışı devam ederse; nabız hızı yükselir, kan basıncı düşer ve vücut ısısı yükselir. KİBAS'ta kalp ritim bozuklukları da sık görülür. Eğer uygunsa, hasta monitörize edilmeli ve pulse-oksimetre ile P(O2) saturasyonu ölçülmelidir. Bu KİBAS'a neden olan lezyonlarının erken belirlenmesinde yarar sağlayacaktır.



- **Nörolojik anormallikler**

- **Yeni** fokal veya nonfokal **nörolojik anormallik**
- Nörolojik muayenede anormal bulgular **intrakraniyal patolojinin tek en iyi klinik belirleyicisi** olmaya devam etmektedir.
- Hafif pupiller asimetri, tek taraflı pronator sapması veya ekstansör plantar yanıtı gibi çok ince olabilir veya tek taraflı görme kaybı, ataksi veya nöbet

- **Azalmış bilinç seviyesi**
- Obtundation ve konfüzyon iyi huylu bir baş ağrısına tipik değildir ve menenjit, ensefalit, subaraknoid kanama veya diğer yer kaplayan lezyon olasılığını artırır.

- **Meningismus** - Meningismus menenjiti veya SAK'ı gösterebilir. 60 yaşından büyük yetişkinlerde daha az duyarlıdır ve daha az spesifiktir

- **Oftalmolojik bulgular**
- Papilödem, muhtemelen tümör veya diğer yapısal anormalliklere bağlı olarak (KİBAS)
- Retinal kanama SAK'dan kaynaklanabilir.
- Temporal arterit veya karotis arter diseksiyonunda vasküler bozulma veya akut dar açılı glokomdaki göz içi basıncın artması sonucunda görme azalması olabilir.

- **Travmatik bulgular**
- Saçlı deri veya yüz laserasyonları veya kontüzyonlar, hemotimpanium ve periorbital veya preauriküler ekimoz
- İstismar !
- Kronik subdural kanamanın neden olduğu başağrısı, muhtemelen uzak ve belki de hafif travma

- **Ek bulgular**
- Temporal arterin anormallikleri (örneğin, azalan nabız, şişlik veya hassasiyet) temporal arterit
- Mide bulantısı ve kusma artmış kafa içi basınç, intrakraniyal kanama veya dar dar açı glokomuna eşlik edebilir.

Yüksek risk özellikleri olmayan hastaların değerlendirilmesi

- Tipik baş ağrısı modellerinde önemli bir değişiklik yok
- Öykü özellikleri ile ilgili yeni bir şey yok (örneğin, nöbet, ateş)
- Fokal nörolojik semptomlar veya anormal nörolojik veya oftalmolojik muayene bulguları yoktur.
- Yüksek riskli komorbidite yok

Bu hastalarda kapsamlı bir tanı çalışması ve AS'de rutin görüntüleme gerekmemektedir.

Değerlendirme

- Yüksek riskli baş ağrısı özelliklerine sahip olan hastalar, öykü ve muayene kriterleri belirlendikten sonra daha ileri değerlendirme yapılır.

- **Nörogörüntüleme ve BOS değerlendirmesi**
- Akut baş ağrılı bir hastada bir veya daha fazla yüksek riskli özellik bulunması
- Altta yatan ciddi bir hastalık
- Lomber ponksiyon / nörogörüntüleme

- Yüksek riskli bir öykü özellik yoksa ve nörolojik muayene normal ise, nörogörüntüleme çok katkı sağlamayacaktır.

Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.

- Baş ağrısı ile başvuran hastalarda BT ve MR taramasının kullanımı ile ilgili yayınlanmış makalelerin bir meta-analizi

- Normal olan hastaların sadece**% 2.4**'ünde anormalliklerin bulunduğunu ortaya koymuştur. (nörolojik muayene)

- Baş ağrısı migren tipik olan ve fizik muayenesi normal olan hastalarda patoloji insidansı daha da düşük **(% 0.4)** idi**.**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Avoiding Pitfalls in the Diagnosis of Subarachnoid Hemorrhage

Jonathan A. Edlow, M.D., and Louis R. Caplan, M.D.

N Engl J Med. 2000 May 11;342(19):1454-5; author reply 1455-6.

- BT taraması normal olan SAK şüphesi olan hastalarda her zaman lomber ponksiyon (LP) yapılmalıdır.
- Çağdaş acil bakım **trajedi**lerinden biri, SAK'lı hastaların tedaviye en uygun olanları, başlangıçta en sık yanlış tanı konan hastalar olmasıdır.
- Bu hastalar genellikle daha az hasta görünür ve nörolojik defisitleri yoktur
- Yanlış tanı, SAK'lı hastaların değerlendirilmesinin eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

Original Investigation

December 13/27, 1999

Cranial Computed Tomography Before Lumbar Puncture

A Prospective Clinical Evaluation

Ajay K. Gopal, MD; James D. Whitehouse, MD; David L. Simel, MD, MHS; et al

» Author Affiliations | Article Information

Arch Intern Med. 1999;159(22):2681-2685. doi:10.1001/archinte.159.22.2681

- SSS enfeksiyonu için şüphenin intrakranial lezyondan daha yüksek olduğu hastalar için LP, ilk tercih olabilir.
- Önceden görüntüleme olmaksızın prosedürü yerine getirme konusunda isteksiz (klinisyenler)
- Ancak, bu tür hastaların çoğunda LP güvenlidir.
- LP'den önce kraniyal BT taraması gereksinimini değerlendiren prospektif gözlemsel bir çalışmada, acil bir lomber ponksiyonun gerekli olduğu 113 acil servise başvuran hastadan sadece 3'ünde **(% 2.7)** BT anormalliği vardı. (LP'ye kontrendikasyon tespit edildi.)

ORIGINAL ARTICLE

Computed Tomography of the Head before Lumbar Puncture in Adults with Suspected Meningitis

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

December 13, 2001
N Engl J Med 2001; 345:1727-1733
DOI: 10.1056/NEJMoa010399

Rodrigo Hasbun, M.D., James Abrahams, M.D., James Jekel, M.D., and Vincent J. Quagliarello, M.D.

- Üç klinik bulgu, böyle bir anormallikle ilişkiliydi:

papilödem

fokal nörolojik bulgular

değişen mental durum

- Menenjit şüphesi olan hastalarda ön kranial BT taraması ihtiyacını değerlendiren bir başka prospektif çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur

- Bir görüntüleme çalışması yapılıp yapılmadığına bakılmaksızın **antibiyotiklerle tedavi, menenjit şüphesi olan hastalarda ertelenmemelidir.**

Laboratuvar testleri

- Tam kan sayımı, elektrolitler, glukoz, BUN ve kreatinin
- Eritrosit sedimentasyon hızı ve protein C (sıklıkla temporal arteritte yükselen)
- Koagülasyon çalışmaları
- Arteryel kan gazı ve karboksihemoglobin

Acil 'de ayrımı yapılmamış baş ağrısının tedavisi

- Semptomların hafifletilmesi, ciddi bir baş ağrısına sahip acil servisine başvuran hastalar için önemli
- AS'de baş ağrısı tedavisinde parenteral olarak uygulanan NSAID ve bir dopamin antagonistinin (DA) kullanımı önerilmekte
- Amaçları ağrıyı hafifletmek ve hastanın uyuşukluk olmadan temel zihinsel işlevine dönmesine izin vermektir.
- Tedavi ketorolak 30 mg IV ve proklorperazin 10 mg
- Proklorperazin yerine klorpromazin 0.1 mg / kg IV kullanılabilir.



Neurological Sciences
October 2010, Volume 31, Issue 5, pp 545–553 | Cite as

Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal

Authors Authors and affiliations

Paola Torelli, Valentina Campana, Gianfranco Cervellin, Gian Camillo Manzoni

- parenteral olarak uygulanan NSAID ve bir dopamin antagonistinin (DA) kullanımını

ÖZET VE ÖNERİLER

- Dikkatli bir öykü ve fizik muayene, baş ağrısı hastasının değerlendirilmesinin en önemli parçası olmaya devam etmektedir.

- Nörolojik muayenede anormal bulgular intrakraniyal patolojinin tek en iyi klinik belirleyicisi olmaya devam etmektedir.

- Akut baş ağrılı bir hastada bir veya daha fazla yüksek riskli özellik bulunması, altta yatan ciddi bir hastalık olasılığını artırır ve lomber ponksiyon, nörogörüntüleme veya her ikisi ile birlikte acil değerlendirmeyi GEREKTİRİR.

- Baş ağrısının altında yatan sebepten bağımsız olarak semptomların giderilmesi önemlidir.

- Genellikle, baş ağrısının yeri spesifik değildir ve tanı için güvenilmemelidir.

- Primer ve sekonder baş ağrıları, analjezik tedavi cevabına göre güvenilir bir şekilde ayırt edilemez.

- Öykü veya muayenede yüksek risk belirtildiğinde sekonder baş ağrısı nedenleri ekarte edilmelidir.