

# İntrakranial Anevrizmalı Olgularda Sentinel Baş Ağrısının Önemi

*The importance of sentinel headache in patients with intracranial aneurism*

Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(4): 199-201

Kabak S<sup>1</sup>, Aygün D<sup>1</sup>, İyigün Ö<sup>2</sup>,  
Narğis C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı

## ÖZET

İntrakranial anevrizmalı hastalarda subaraknoid kanama (SAK) gelişmeden önce görülen ani ve şiddetli SAK ağrısına benzer baş ağrısı, sentinel baş ağrısı olarak bilinir. Yirmi yedi yaşında, 30 haftalık gebe, ani başlangıçlı şiddetli baş ağrısı ve kusma yakınması ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik bulunmayan hastanın 15 gün önce ani başlayan şiddetli baş ağrısı nedeni ile başka bir kliniğe başvurmuş ve migren tanısı almıştı. Başvuru sırasında olgunun Glaskow Koma Skoru (GKS) 14'tü ve çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) SAK ile uyumluydu. Ani ve şiddetli başlayan baş ağrısı ile başvuran hastalarda sentinel baş ağrısı mutlaka akla getirilmelidir. İntrakraniyal anevrizmalı olguların az bir kısmı SAK ile sonuçlansa da, SAK'daki yüksek mortalite ve morbidite oranından dolayı, sentinel baş ağrılı olgularda BBT, eğer BBT normal ise sırası ile lomber ponksiyon (LP), manyetik rezonans anjiyografi (MRA) ve kateter anjiyografi uygulamaları düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Sentinel baş ağrısı, subaraknoid kanama, serebral anevrizma.

## SUMMARY

*In patients with intracranial aneurism, the headache is often similar to the headache in subarachnoidal hemorrhage (SAH) and is called as sentinel headache. Sentinel headache is sudden at onset and severe, which occurs days before the rupture of aneurism. A 27 years old female, with 30- weeks pregnant, presented with a sudden onset severe headache and vomiting. In the past medical history of the patient, there were no abnormal features. She had admitted to a policlinic for a sudden onset and severe headache fifteen days ago. It had been thought that she had a migraine headache. On admission, the Glasgow Coma Scale score was 14 and the cranial computed tomography was consistent with SAH findings. When the patient presented with immediate and severe headache, it shouldn't be forgotten that patient's headache could be a sentinel headache. Although small number of aneurism cases results in SAH, because of the high morbidity and mortality of SAH, cranial tomography and if it is normal lomber puncture, magnetic resonance angiography and catheter angiography should be carried out respectively in patients with sentinel headache.*

**Key words:** Sentinel headache, subarachnoidal hemorrhage, cerebral aneurism.

## İletişim Adresi

Dr. Sevdegül KABAK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı, SAMSUN  
sevdegul\_kabak@mynet.com.tr

## Giriş

SAK'lı olguların %12'si hastaneye ulaşmadan, %40'ı ise ilk 30 gün içinde kaybedilirler.<sup>1</sup> Hayatta kalanlarda cerrahi tedavi yapılmazsa tekrar kanama, morbidite ve mortalitenin ana nedenidir. Bu risk zaman ilerledikçe artarak devam eder. SAK'lı olguların %75-80'inde neden intrakranial anevrizma rüptürüdür ve olguların %50-60'ında baş ağrısı vardır.<sup>1-4</sup> Bu olguların önemli bir kısmında baş ağrısı ilk ve tek semptomdur. SAK ile ilişkili baş ağrısı sıklıkla ani başlangıçlı ve şiddetlidir. Anevrizmalı olguların yarısında anevrizma rüptürü olmadan günler önce (6-20 gün) baş ağrısı ortaya çıkmaktadır.<sup>2-5</sup> SAK öncesi ortaya çıkan bu baş ağrısı, sentinel baş ağrısı olarak bilinir ve serebral anevrizmalar ile ilişkilidir.<sup>6</sup> Anevrizma erken tespit ve tedavi edilmezse SAK ile sonuçlanabilir. Bu nedenle ani başlangıçlı ve şiddetli baş ağrısı olan olgularda anevrizmanın araştırılması ve saptanmışsa tedavisi çok önemlidir. Biz kliniğimize baş ağrısı nedeniyle başvuran, SAK tespit ettiğimiz bir olguyu ve sentinel baş ağrısını tartışmak istedik.

## Olgu Sunumu

Yirmi yedi yaşında, 30 haftalık gebe ani başlangıçlı baş ağrısı ve kusma şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden, hastanın 15 gün önce ani başlayan şiddetli baş ağrısı nedeniyle bir kliniğe başvurmuş, migren tanısı aldıktan sonra ve analjezik ile taburcu edilmişti. Hasta kliniğimize başvurduğunda ateşi 36.9°C, nabızı 72 atım/dk, solunum sayısı 20 soluk/dk, kan basıncı 150/80 mmHg olarak tespit edildi. Nöro-

lojik muayenede GKS:14, pupilleri izokorik ve IR +/-, ense sertliği ve Kernig bulgusu (+), plantar yanıt bilateral fleksör idi. Diğer sistem muayene bulguları doğaldı. Tam kan sayımı, biyokimya, INR-PT-PTT değerleri normaldi. Çekilen BBT'si SAK ile uyumluydu (Resim 1). Hastaya bulantı ve kusması için intravenöz 2 mg metoklopramid, baş ağrısı için 0.5 mg/kg/iv dozda meperidin ve epileptik nöbet profilaksisi için 15 mg/kg/iv fenitoin uygulandı. Hasta beyin cerrahisi ve kadın doğum ile konsülte edildi. Fetusun gelişimi gebelik haftası ile uyumluydu. Hasta takip ve tedavi amacıyla beyin cerrahisi servisine yatırıldı. Beynin MRA incelemesinde sağ internal karotis arterde, posterior kommunikan arterin çıkış yerinde, sakküler 4x5 mm boyutunda anevrizma tespit edildi. Daha sonra yapılan katater anjiyografide tanı bir kez daha doğrulandı. Bu anevrizmaya Yaşargil anevrizma klipsi ile müdahale edildi. Postoperatif takibinde kadın doğum bölümünün önerisi ile hastaya tokolitik tedavi uygulandı. Takibinde sorunu olmayan hasta semptomsuz ve genel durumu iyi olarak hastaneden taburcu edildi.

## Tartışma

Sentinel baş ağrısı anevrizmanın rüptüründen günler önce gelen ani ve şiddetli baş ağrısıdır. SAK'lı hastaların %6-40'nın sentinel baş ağrısı öyküsüne sahip olduğu bildirilmektedir.<sup>5,6</sup> Jakobsson ve arkadaşları SAK'lı 422 olgu içeren çalışmalarında, vakaların %19.9'unda sentinel baş ağrısı bulunduğunu ve bu olgularda sentinel baş ağrısının SAK geli-



**Resim 1.** Aksial kesitte beyin tomografisinde bazal sisternler, lateral ventriküller ve anterior interhemisferik fissürde kanama ile uyumlu hiperdens görünüm.

şiminden yaklaşık 11 gün önce ortaya çıktığını bildirmişlerdir.<sup>8</sup> Bizim hastamızdaki sentinel baş ağrısı da SAK gelişmeden 15 gün önce ortaya çıkmış, bu yakınmayla başvurduğu klinikte migren tanısı almıştı. Migren baş ağrısı çoğunlukla yavaş başlar ve en erken 30 dakika içinde pik yapar.<sup>1</sup> Bununla birlikte migren özellikleri gösteren her baş ağrısı atağına migren tanısı koymak doğru olmayabilir.<sup>9</sup> Valance ve arkadaşları primer baş ağrılı hastaların %2.6'sında rüptüre olmamış serebral anevrizma varlığını bildirmişlerdir.<sup>7</sup> Olgumuzdaki baş ağrısının 15 gün önce ilk kez aniden ve şiddetli olarak ortaya çıkması nedeniyle, ilk baş ağrısının migren olma olasılığının çok düşük olduğu söylenebilir. Olgumuzda daha sonraki baş ağrısı atağında SAK tespit edilmesine ve çekilen MRA'de anevrizma tespit edilmesine de dayanarak ilk baş ağrısı atağının sentinel baş ağrısı olduğunu söyleyebiliriz. Bizim olgumuza benzer olarak, Saper de 35 yaşında bir erkek hastada gelişen ani başlangıçlı ve şiddetli baş ağrısının acil serviste gerilim baş ağrısı (GBA) olarak tanı aldığını ve sonra bu olguda SAK geliştiğini bildirmiştir.<sup>6</sup> Yazıda olgunun başvuru anında ense sertliği dahil hiçbir patolojik nörolojik muayene bulgusunun olmadığı ve çekilen BBT'nin de normal olduğunu bildirmiştir. Bu olgu, bizim olgumuzdan farklı olarak özgeçmişinde GBA öyküsüne sahipti. Bununla beraber GBA'nın şiddetli olmadığı ve ani başlamadığı bilinmektedir.<sup>1</sup> Her ne kadar bu olguda klinik muayene ve BBT'nin normal olması, GBA öyküsüne sahip olması, olgunun muhtemelen GBA tanısı almasında etkili olmuşsa da, mevcut ağrının önceki ağrılarından farklı karakterde ve daha şiddetli olması bunun bir primer baş ağrısı olması olasılığını azaltmaktadır.

Sentinel baş ağrısının patofizyolojisi birkaç mekanizmayla açıklanmaktadır: 1- Anevrizmadan sızıntı, 2- Anevrizma duvarına sınırlı kalan kanama, 3- İntraanevrizmal trombüs nedeniyle anevrizmanın genişlemesi ve buna bağlı duranın kompresyonu ve lokalize vazospazm ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>1</sup> Bu durumda sentinel baş ağrısı düşünülen hastalarda SAK gelişmeden önce anevrizma taramasının çok önemli olduğu söylenebilir. Bunun için sentinel baş ağrısı düşünülen hastalarda öncelikle BBT çekilmeli, eğer BBT normal ise LP yaparak beyin omurilik sıvısı (BOS) incelenmelidir. BOS incelemesi normal bulunursa MRA çekilmeli-

dir. MRA'de anevrizma tespit edilememişse katater anjiyografi düşünülmelidir.<sup>10</sup> Bu bilgilere dayanarak ani başlangıçlı şiddetli baş ağrısı yakınması olan ya da daha önceki ataklarından farklı karakterde baş ağrısı olan hastalarda BBT ve BOS incelemesinin düşünülmesi gerektiği, bu tetkiklerin normal bulunmasının anevrizmayı dışlamadığı, hastalarda anevrizma tespitine yönelik serebral anjiyografi uygulamasının gündemde tutulması gerektiği söylenebilir.

## Sonuç

Ani başlangıçlı ve şiddetli baş ağrısı yakınması ile acil servise başvuran hastalarda sentinel baş ağrısı mutlaka akla getirilmelidir. Her ne kadar anevrizmalı olguların az bir kısmı SAK ile sonuçlansa da, SAK'ın yüksek mortalite ve morbidite oranından dolayı, sentinel baş ağrısı düşünülen olgularda BBT normal olsa bile sırası ile LP, MRA ve kateter anjiyografi uygulamaları düşünülmelidir.

## Kaynaklar

1. Boes CS, Capobianco DS, Cutrer FM, et al. Headache and other craniofacial pain. In: Bradley WG, Duroft RB, Fenichel GM, Sankovic J, eds. Neurology in clinical practice. Philadelphia: Butterworth and Hanemann; 2004: 2055-2106.
2. Edlow JA, Caplan LR. Primary care. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342: 29-36.
3. Ostergaard JR. Warning leak in subarachnoid haemorrhage. *Br Med J* 1990; 301: 190-191.
4. Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, et al. Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes. *Cephalalgia* 2002; 22: 354-60.
5. Van Gijn, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain* 2001; 124: 249-278.
6. Saper JR. Medicolegal issues: Headache. *Neurol Clin* 1999; 17: 197-214.
7. Valenca MM, Valenca LP, Menezes TL. Computed tomography scan of the head in patients with migraine or tension- type headache. *Arq. Neuro- psiquiatr* 2002; 60: 542- 547.
8. Jakobsson KE, Saveland H, Hillman J, et al. Warning leak and management outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 1996; 85: 995-999.
9. Headache Classification Committee of the International Society 2004, Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1): 1-195.
10. 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.