



SUBARAKNOİD KANAMA (SAK)



Dr. Turgay Demir
Dr. Filiz Koç

Baş ağrısı acil servise en sık başvuru nedenlerinden biridir. Yakınmaların çoğu medikal tedaviye yanıt vermekle birlikte hayatı tehdit eden baş ağrısı nedenlerini anlamak ve ayırt etmek zorunludur. Anevrizma rüptürüne bağlı subaraknoid kanamanın (SAK) neden olduğu baş ağrısı, %27-44'lük bir ortalama ile en ölümcül olanlardan biridir. Acil servise başvuran tüm baş ağrısı nedenlerinin %1'ini içerir. İlk başvuruda tedavi edilmemiş SAK'ın bir yıllık ölüm oranı %65'dir. Uygun teşhis ve tedavi ile ölüm oranı %18'e kadar düşebilir. Atravmatik SAK vakalarının %85'ini rüptüre anevrizma oluşturmaktadır. Alternatif etioloji, benign bir seyri olan perimesensefalik kanama yanı sıra arteriyovenöz malformasyonlar, dural arteriyovenöz fistül, arteriyel diseksiyon, mikotik anevrizma ve kokain istismarını içerir.

Hastalar acil servise genellikle o yaşa kadar deneyimlemedikleri şiddette baş ağrısı ve buna eşlik eden bulantı-kusma, bilinç kaybı, nöbet (>%25), meninks irritasyon bulgusuna ait boyun-sırt, bacak ağrısı, çift görme, göz kapığında düşme (pitoz) gibi yakınmalar ile başvururlar. Öncül baş ağrıları anevrizma rüptüründen saatler önce ortaya çıkabileceği gibi haftalar-aylar önce de (ortalama 2 hafta) görülebilir. AVM'da böyle bir öncül baş ağrısı yoktur.

Fizik muayenede; meninks irritasyon bulguları, fokal nörolojik defisitler görülebilir. Örneğin posterior kommunikan arter anevrizmasında 3. kranial sinire baskıya sekonder okülomotor sinir felci (midriyazisin eşlik ettiği ya da etmediği), oftalmik arter anevrizmasının optik sinire baskı yapmasına bağlı olarak monoküler vizyon kaybı görülebilir. Ayrıca N. Abdusens paralizisi, fundoskopik muayenede subhyaloid kanama ve papilödem saptanabilir. SAK'ta klinik evreleme için çok değişik ölçekler kullanılmakla birlikte en sık kullanılan Hunt-Hess ölçeğidir. Evre ne kadar yüksek ise klinik seyrir o kadar kötüdür.

Hunt-Hess Ölçeği (1968)		
Evre	Klinik Bulgular	Sağ Kalım
Evre I	Yakınması olmayan veya hafif baş ağrısı ve hafif ense sertliği	70
Evre II	Orta – şiddetli baş ağrısı, ense sertliği, kranial paralizisi dışında nörolojik defisit yok	60
Evre III	Uykuya eğilim, konfüzyon veya hafif nörolojik defisit	50
Evre IV	Stupor, ılımlı veya hafif hemiparezi, olası erken dönem deserebrasyon postürü,	20
Evre V	Derin koma, deserebrasyon postürü	10

LP'de hemorajik BOS'un travmatik mi yoksa SAK'a mı ait olduğunu ayırt etmek için ardışık 3 tüpe kan alınarak santrifüj yöntemi uygulanabilir. Ardışık alınan tüplerde BOS rengi açılıyorsa bu travmatik SAK'a işaret eder.

SAK hastalarının EKG'lerinde ST yükselmesi veya çökmesi, negatif T dalgası, patolojik Q dalgası, QT segmentinde uzama, prematüre ventriküler kontraksiyonlar, supraventriküler taşikardi, bradiaritmiler ve nadiren anormal U dalgaları görülebilir. Hatta hastaların %3'ünde kardiyak arrest gelişebilir. İlk günlerde subfebril olan ateş daha sonraki günlerde 38-39°C'ye kadar yükselebilir. Tam kan sayımında lökositoz saptanabilir. Bu bulgular hastaya yanlış tanı konulmasına neden olabilir.

SAK olarak değerlendirilen olgular hastaneye yatırılmalı, ABC desteği sağlanmalı, damar yolu açılırken tam kan sayımı, kanama pıhtılaşma (olası pıhtılaşma bozukluğuna bağlı nedenleri dışlamak için), biyokimya paneli için kan örneği alınmalıdır. EKG, akciğer grafisi tamamlanmalı ve imkânlar dahilinde ise acil serebral anjiyografi yapılmalıdır. Hasta acil poliklinikte kaldığı süreçte sakın bir ortamda tutulmalı, muayeneye izin verecek kadar sedatize edilmelidir. Baş ağrısı için analjezik, bulantısı olan hastalara antiemetik verilmelidir. Kafa içi basıncını artırıcı (öksürme, ıkınma gibi) olaylardan kaçınılmalıdır. Tansiyon regüle edilmeli, varsa nöbet ve eşlik eden diğer medikal hastalıklar tedavi edilmelidir.

SAK'ın en önemli komplikasyonu tekrar kanama olup en sık ilk 2 haftada görülür. Ayrıca serebral vazospazm, hidrosefali, intraventriküler kanama, nöbetler ve kardiyak disfonksiyon diğer başlıca SAK komplikasyonlarıdır.

Kaynaklar

1. Macdonald RL, Schweizer TA. Spontaneous subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 2017;389(10069):655-666.
2. Marcolini E, Hine J. Approach to the Diagnosis and Management of Subarachnoid Hemorrhage. *West J Emerg Med*. 2019;20(2):203-211.
3. Carpenter CR, Hussain AM, Ward MJ, et al. Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis Describing the Diagnostic Accuracy of History, Physical Examination, Imaging, and Lumbar Puncture With an Exploration of Test Thresholds. *Acad Emerg Med*. 2016;23(9):963-1003.
4. Marcolini E, J Hine. Approach to the Diagnosis and Management of Subarachnoid Hemorrhage. *West J Emerg Med*. 2019; 20(2): 203-211.