

KAFA İÇİ BASINÇ DEĞİŞİKLİKLERİNE BAĞLI OLARAK GELİŞEN BAŞ AĞRISINDA İKİ FARKLI PREZENTASYON

Two Different Presentations In Headache Due To Intracranial Pressure Changes

Hilal AYDIN¹, Ayşen ORMAN², Özlem KEMER³

ÖZET

Baş ağrısı çocuk ve adölesanlarda sık görülen yakınmalardan biridir. Beyin parankimi, BOS (beyin omurilik sıvısı) ve kan hacmi arasındaki denge bozuklukları baş ağrısının yanı sıra farklı nörolojik yakınmalar ile de klinik bulgu verebilir. Bu yazımızda; intrakraniyal yapıdaki dengenin bozulması sonucu baş ağrısı ile karakterize iki farklı olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: *Baş Ağrısı, Çocuk, Papil Ödem*

ABSTRACT

Headache is one of the common complaints in children and adolescents. Disturbance of equilibrium between cerebral parenchyma, cerebrospinal fluid and blood volume can cause clinical symptoms with different neurologic complaints as well as headache. In this study two cases characterized with headache as a result of the intracranial disturbance were structure presented.

Keywords: *Headache, Child, Papilledema*

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Çocuk Nöroloji Bölümü, 10145,
Balıkesir, Türkiye

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Yenidoğan Bölümü, 10145,
Balıkesir, Türkiye

³Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Balıkesir, Türkiye

Hilal AYDIN, Dr. Öğr. Ü.
(0000-0002-2448-1270)

Ayşen ORMAN, Dr. Öğr. Ü.
(0000-0003-1787-0185)

Özlem KEMER, Asistan Dr.
(0000-0002-2462-0939)

İletişim:

Dr. Öğr. Ü. Hilal AYDIN
Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Çocuk Nöroloji Bölümü, 10145,
Balıkesir, Turkey

Telefon: +90 266 612 1010 /4381

e-mail: drhilalaydin@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.04.2020

Kabul tarihi/Accepted: 20.10.2020

DOI: 10.16919/bozoktip.724697

Bozok Tıp Derg 2020;10(4):127-130

Bozok Med J 2020;10(4):127-130

GİRİŞ

Baş ağrısı çocuk ve adölesanlarda sık görülen yakınmalardan biridir. Acil servise başvuran çocuk ve adölesanların % 2-6'sını baş ağrısı yakınması oluşturmaktadır (1). Ayrıntılı öykü ve fizik muayene bulguları ile çoğu zaman birincil baş ağrısı (migren, gerilim tipi, kronik günlük baş ağrısı) ve ikincil baş ağrısı arasında ayırım yapılmasına izin verir (2). Ekstrakranial ve intrakranial ağrıya duyarlı yapılar dışında; intrakranial boşlukta beyin parankimi, BOS (beyin omurilik sıvısı) ve kan hacmi arasındaki denge bozuklukları da baş ağrısının yanı sıra farklı nörolojik yakınmalar ile klinik bulgu verebilir.

Bu yazımızda; intrakraniyal yapıdaki dengenin bozulması nedeni ile ortak klinik bulgusu baş ağrısı olan biri; intrakranial hipotansiyon, diğeri idiopatik intrakranial hipertansiyon iki farklı olgumuzu sunduk.

OLGU1

On yedi yaşında erkek hasta, motorsikletle seyir halindeyken trafik kazası geçirdiği ve sol ayak 3. parmakta kesi oluşması üzerine spinal anestezi eşliğinde opere edildiği öğrenildi. Postoperatif üçüncü gününde baş ağrısı yakınmasının geliştiği belirtildi. Baş ağrısı sorgulandığında baş ağrısının tüm kraniumu saran, enseye-boyuna doğru yayılan, künt vasıfta olduğu ve oturur pozisyonda artarken supin pozisyonda gerilediği öğrenildi. Baş ağrısına görmede bulanıklaşma, çift görme, tinnitus, bulantı-kusma eşlik etmediği ve ses-ışıkta etkilenmediği belirtildi. Fizik bakıda genel durumu iyi, vital bulguları stabil, bilinç açık, koopere-oryante, nörolojik muayenesi ve göz dibi bakısı normaldi. Kranial MRG (magnetik rezonans görüntüleme) normal saptandı. İntrakranial hipotansiyon düşünülen olguya bol hidrasyon ve kafeinli içecekler tüketmesi önerildi. Yatışının 3. gününde baş ağrısı şikayeti tamamen geriledi ve önerilerle taburcu edildi.

OLGU2

On üç yaşında kız hasta; bir hafta önce oksipital bölgede başlayan, gün içerisinde artış gösteren baş ağrısı ve son iki gündür çift görme yakınması ile çocuk nöroloji polikliniğine başvurdu. Baş ağrısının karakteri sorgulandığında ses, ışık ve uyku düzeninden etkilenmediği, analjeziklerden fayda görmediği ve

kusmanın eşlik ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde dört yıldır miyopi nedeniyle gözlük kullanması dışında özellik saptanmadı. Anne-baba arasında akrabalık bağı olmayan hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, vital bulguları stabil, sol göz dışı bakış kısıtlılığı ve göz dibi bakısında bilateral papilödem dışında ayrıntılı nörolojik ve diğer sistem muayeneleri normal değerlendirildi. Bilateral papilödem saptanan olguya kranial MRG, MR venografisi çekildi; normal saptandı. Olguya yapılan lomber ponksiyonunda (LP) BOS açılış basıncı 68 cm H₂O olarak ölçüldü. BOS biyokimyası, direkt bakısı, oligoklonal band ve hücre kültürü normal saptandı. Hastaya kademeli olarak asetazolamid tedavisi başlandı. Rutin hemogram, hormonal tetkikler (tiroid fonksiyon testler, vitamin B12, folat, ferritin), vaskulit paneli ve viral seroloji normal olarak izlendi. Ca: 5,8 mg/dl (7,8-9), P: 5,8 (2,4-4,3) mg/dl, 25-OH D vitamini: 3,54 (20-30) ng/mL, PTH:206,2 pg/mL (10-55) gelmesi üzerine D vitamini eksikliğine bağlı D vitamini ve Ca glukonat tedavisi başlandı. LP sonrası sol göz orta hattı geçmeye başlarken, asetazolamid, Ca glukonat ve D vitamini tedavisinin 5. gününde lateral bakış kısıtlılığı ve baş ağrısı şikayeti geriledi. Çocuk nöroloji polikliniğince takip edilmek üzere hasta önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA

İntrakranial hipotansiyon genellikle LP sonrası gözlenmekle birlikte travma, kraniyotomi, spinal anestezi ve cerrahi girişimler sonrası da sekonder olarak gelişebilir. İntrakranial hipotansiyonun ayırt edici özelliği; postural veya ortostatik baş ağrısıdır. Diğer semptomlar arasında boyun ağrısı (% 60), bulantı-kusma (% 50), işitme anormallikleri (% 40) ve görme bozuklukları (% 28) yer almaktadır. Tanıyı doğrulamak ve BOS sızıntısını lokalize etmek için kranial görüntüleme ve LP yapılmalıdır (3). Kranial görüntüleme erken dönemde ve olguların % 20-30 oranında normal saptanabilir (4). Frontal, retroorbital bölgede veya tüm kafada hissedebilen baş ağrısı sıklıkla sıkıştırıcı, zonklayıcı vasıfta olup bilateraldir. LP'de BOS basıncı düşük olarak izlenir. Eşlik eden klinik bulgular olmasa da tipik ortostatik baş ağrısının olması intrakranial hipotansiyon düşünmek için yeterlidir (5). Bizim olgumuzda spinal anestezi sonrası, ortostatik baş ağrısının olması intrakranial hipotansiyon tanısını

Tablo 1. Olgularımızın klinik, laboratuvar özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2
Yaş/Cinsiyet	17y, Erkek	13y, Kız
Özgeçmiş	Özellik yok	Myopi
Soygeçmiş	Özellik yok	Özellik yok
Semptomlar	Baş ağrısı; tüm kafayı saran, ense ve boyuna yayılan künt vasıfta, oturmakla artan, yatınca gerileyen vasıfta	Baş ağrısı; oksipital bölgede, gün içerisinde artış gösteren, analjeziklere yanıtız, kusmanın eşlik ettiği vasıfta Çift görme
Fizik muayane bulguları	VA: 72 kg (50p) TA: 90/50 mmHg Göz dibi normal Nörolojik muayane olağan	VA: 50 kg (50p), TA: 100/80 mmHg, Göz dibi: Bilateral papil ödem Sol göz dışı bakış kısıtlılığı (CN 6 paralizisi)
Laboratuvar	Hemogram, biyokimya, Vitamin B12, Folat, 25 OH D vitamini; normal	Hemogram, koagulasyon, TORCH, EBV, Lyme, Vaskulit paneli (ANA, p-ANCA, c-ANCA, lupus antikoagulanı); Normal Ca: 5,8 mg/dl P: 5,8 mg/dl 25 OH D vitamini: 3,54 ng/mL PTH: 206,2 pg/mL
BOS bulguları	Yapılamadı (Aile onam vermesi nedeni ile)	BOS açılış basıncı:68 cmH2O BOS mikroskobisi, BOS kültürü, BOS biyokimyası: normal
Kranial Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	Normal	Normal MR venografi; Normal
Tedavi	Yatak istirahati, bol hidrasyon, analjezik, kafeinli içecek	Ca glukonat D vitamini Asetazolamid
Tedaviye yanıt	Tedavinin 3. gününde şikayetlerde tamamen gerileme	Asetazolamid tedavisinin 5. günde şikayetlerde tamamen gerileme

düşündürdü. Olgunun ailesi LP yapılmasına onam vermediği için LP yapılamadı. Tedavide yatak istirahati, sıvı desteği, gereken durumlarda basit analjezik, kafeinli içecekler tercih edilebilir (5). Yatak istirahati, sıvı desteği, analjezik ile 3. gününde şikayetleri geriledi ve baş ağrısı şikayeti tekrarlamadı.

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) sekonder bir nedene bağlı olmadan kafa içi basınç artışıdır. Hastalık teşhis edilemez veya tedavi gecikirse önemli morbidite nedenleri arasında ciddi baş ağrısı ve görme kaybı vardır (6). İİH'de en sık görülen semptomlardan biri baş ağrısıdır. Baş ağrısı özellikle frontal, retro-orbital bölgede, zonklayıcı ya da baskı hissi şeklindedir. Ağrı sürekli/tekrarlayıcı ve öksürmekle, ayakta durmakla artan karakterdedir. Baş ağrısı ile birlikte pulsatil tinnitus, görsel değişiklikler (geçici görme kaybı, çift görme), boyun ve sırt ağrısı eşlik edebilir (3). İİH'li olguların % 80-100'ünde papil ödem, % 9-48'inde altıncı kranial sinir felci görülür (7,8).

İdiyopatik intrakranial hipertansiyon BOS yapımı, dağılımı ve drenajındaki olası düzensizlikten kaynaklanmakla birlikte etiopatogenezi tam olarak aydınlatılmamıştır (9). Etiyolojide hematolojik ve endokrin patolojiler, intrakranial venöz akım patolojileri, enfeksiyonlar, kafa travması, ilaçlar, kimyasallar, nutrisyonel eksiklikler yer almaktadır. Olgu 2'de semptom ve klinik bulgularla İİH düşünülerek LP yapılmış ve BOS açılış basıncı çok yüksek bulunmuştur. Tedavideki amaç; semptomların ortadan kaldırılması ve görmenin korunmasıdır. İİH'nin medikal tedavisinde esas olarak karbonik anhidraz inhibitörleri kullanılır. Karbonik anhidraz inhibitörlerinden başlıca kullanılan ilaç; asetazolamiddir. Asetazolamidin BOS basıncı, papil ödem, baş ağrısı ve görme alanı kayıpları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (10). Bizim hastamızda da asetazolamid ve alta yatan nedene yönelik tedavi ile şikayetlerinin tamamen düzeldiği görüldü. Olgularımızın klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Akut baş ağrılarında kafa içi basınç değişikliklerinin rol oynayabileceği unutulmamalıdır. Her iki olguda akut dönemde başlayan baş ağrısı öyküsü derinleştirildiğinde alınan anamnez, fizik muayane ve tetkikler doğrultusunda bizi iki farklı tanıya yönlendirmiştir. Ayırıcı tanı ve doğru tedavinin; detaylı hikaye-sistemik muayane ve gerekli tetkikler ışığında

yapılmasının progresif ve hızlı klinik düzelmeye önemli katkı sağlayacağını vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

- 1- Krogh AB, Larsson B, Linde M. Prevalence and disability of headache among Norwegian ado-lescents: a cross-sectional school-based study. *Cephalgia*. 2015 Nov;35(13):1181-91.
- 2- Klein J, Koch J, Koch T. Headache in Children. *Pediatrics in Review*. 2020;41(4):159-71
- 3- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2013;33(9):629-808.
- 4- Schoffer KL, Benstead TJ, Grant I. Spontaneous intracranial hypotension in the absence of magnetic resonance imaging abnormalities. *Can J Neurol Sci*. 2002;29:2532002; 29:253-7.
- 5- Langdon R, DiSabella MT. Pediatric Headache: An Overview. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47:442017; 47:44-65.
- 6- Soiberman U, Stolovitch C, Balcer LJ, Regenbogen M, Constantini S, Kesler A. Idiopathic intra-cranial hypertension in children: visual outcome and risk of recurrence. *Childs Nerv Syst*. 2011;27(11):1913-8.
- 7- Friedman DI, Liu GT, Digre KB. Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. *Neurology*. 2013;81(13):1159-65.
- 8- Kesler A, Fattal-Valevski A. Idiopathic intracranial hypertension in the pediatric population. *J Child Neurol*. 2002;17(10):745-8.
- 9- Skau M, Brennum J, Gjerris F, Jensen R. What is new about idiopathic intracranial hypertension? An updated review of mechanism and treatment. *Cephalgia*. 2006;26:3842006; 26:384-99.
- 10- Dipasquale V, Di Rosa G, Savasta S, Merlo O, Concolino D, Arrigo T. Management of pediatric pseudotumor cerebri syndrome. *J Pediatr Neurol*. 2015;13:58-61.