

Çocuklarda Baş Ağrısına Dikkat: Hipertansiyon ve Serebellar Kanama Tanılı İki Vaka Sunumu

Fatma OĞUZ *, Fatih AYGÜN **, Ayşegül ÜNÜVAR ***, Nurver AKINCI ****, Ayşe KILIÇ *****, Burak TATLI ***, Emin ÜNÜVAR *****, Müjgan SIDAL *****

Çocuklarda Baş Ağrısına Dikkat: Hipertansiyon ve Serebellar Kanama Tanılı İki Vaka Sunumu

Baş ağrısı çocukluk çağında en sık görülen ağrılardan biridir. Yedi yaşından küçük çocuklarda baş ağrısı prevalansı % 50'lere varan oranlardadır ve 15 yaşındaki çocukların % 75-80'i en az bir kez baş ağrısı ile tanışmıştır. Baş ağrısı migren gibi primer nedenlere bağlı olabildiği gibi, intrakranial tümör veya kanama gibi daha ciddi sekonder nedenlerle ortaya çıkabilir. Ayrıca, çocuklardaki kronik ve yineleyen baş ağrıları çoğunlukla migren ve gerilim tipi gibi selim nedenlere bağlı olmakla beraber, santral sinir sistemi enfeksiyonları, sistemik hastalıklar veya kafa içi basınç artışı gibi ciddi organik durumlarda da ortaya çıkabilir. Baş ağrısı ile başvuran iki vaka sunulmuş, konuya dikkat çekmek amaçlanmıştır. Bu makalede 7 yaşından beri yineleyen kronik baş ağrıları olan ve ancak 15 yaşında hipertansif olduğu anlaşılan erkek hasta ile 3 haftadır baş ağrısı yakınması ile başvuran ve serebellar hematom tanısı almış 10 yaşındaki kronik immun trombositopenik purpuralı kız hasta sunuldu. Baş ağrısı ile polikliniğe başvuran çocuklarda akut, kronik ve primer, sekonder baş ağrısı ayırımı yapılarak hastalara yaklaşılmalı; öykü ve ayrıntılı sistemik muayeneye önem verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Baş ağrısı, hipertansiyon, intrakranial kanama, kronik immun trombositopenik purpura

Çocuk Dergisi 2009; 9(4):190-194

Attention to Headache in Children: Two Case with Hypertension and Cerebellar Hemorrhage

Headache is one of the most commonly seen pain in childhood. Headache prevalence is approximately 50 % in the first seven years and almost 75-80 % of children experience once until 15 years old. Headache can be primary such as migraine or it can be secondary to a serious disease such as intracranial bleeding or intracranial tumors. The cause of chronic and repeating one is mostly due to benign diseases, it can be migraine or tension type headache; but also it can occur secondary to systemic diseases, intracranial infections or intracranial bleeding. Two patients admitted with headache will be presented, intended to draw attention to issues. A boy who was diagnosed to have hypertension at age of 15 with chronic headaches repeating since his age of 7 and 10-year-old girl with chronic immune thrombocytopenic purpura who suffered headaches for 3 weeks and was diagnosed cerebellar hematoma have been represented in this study. Headache in children who were admitted to the clinic with acute, chronic and primary, secondary headache patients approached the distinction should be made, stories and detailed examination of systemic importance should be given.

Key words: Headache, hypertension, intracranial hemorrhage, chronic immun thrombocytopenic purpura

J Child 2009; 9(4):190-194

GİRİŞ

Ağrı gerçek ve potansiyel doku hasarı ile birlikte hoş olmayan duyuşsal ve duyuşsal deneyimlerdir ⁽¹⁾. Baş

ağrısı en sık görülen ağrılardan biridir. Ancak, baş ağrısına bağlı morbidite çoğunlukla tanı almamakta ve tedavi edilmemektedir ⁽²⁾.

Alındığı tarih: 01.12.09

Kabul tarihi: 20.12.09

* İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri, Prof. Dr.

** İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Arş. Gör. Dr.

*** İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Doç. Dr.

**** İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Uzm. Dr.

***** İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri, Doç. Dr.

***** İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Prof. Dr.

Yedi yaştan küçük çocuklarda baş ağrısı prevalansı % 50'lere varan oranlardadır ve 15 yaşındaki çocukların % 75-80'i en az bir kez baş ağrısı ile tanışır ⁽²⁻⁶⁾. Baş ağrısı patofizyolojisine göre vasküler, adale spazmu, inflamasyon, gerilim ve diğer nedenlere (post-traumatik, psikojenik, gözle ilgili) bağlı olabilir. Klinik gidiş ve alta yatan nedenlere göre ise primer olabileceği gibi (migren), sekonder de olabilir ve kanama veya tümör ağrıları gibi çok ciddi durumlara bağlı olabilir ⁽⁴⁾. Bu nedenle, baş ağrılarında doğru ve

etkili ayırıcı tanı çok önemlidir. Ayırıcı tanı yaparken nedensel olarak primer, sekonder ve süreçsel olarak akut, subakut, kronik ayrımının yapılması önem taşır (7,8). Çocuklardaki kronik ve yineleyen baş ağrıları çoğunlukla migren ve gerilim tipi gibi selim nedenlere bağlı olmasına karşın, santral sinir sistemi infeksiyonları, sistemik hastalıklar veya kafa içi basınç artışı gibi ciddi organik durumlarda da ortaya çıkabilmektedir (9). Bu nedenle baş ağrısı ile başvuran hastaların detaylı öyküsü dikkatle alınmalı, kan basıncı ve nörolojik muayeneyi de kapsayan ayrıntılı fizik muayeneleri yapılmalıdır (3). Bu makalede 3 haftadır baş ağrısı yakınması ile başvuran intrakranial kanamalı kronik immün trombositopenik purpura (İTP) hastası ile 7 yaşından beri yineleyen kronik baş ağrıları olan ancak 15 yaşında hipertansiyon tanısı alan hasta sunulmuştur.

VAKA SUNUMLARI

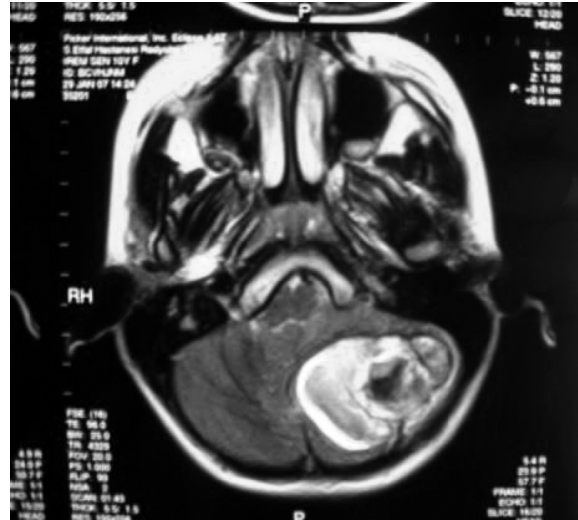
Vaka 1

Çocuk hematoloji polikliniğinden kronik İTP tanısı ile beş yıldan beri takipli 10 yaşında kız hasta 3 haftadan beri süregelen baş ağrısı nedeniyle hematoloji polikliniğine başvurdu. Son üç ay içinde yapılan kan sayımlarında trombosit değerleri $50,000/m^3$ 'ün altına düşmeyen ve hematolojik bir sorunu olmadığı düşünülen hasta araştırılmak üzere genel pediatri polikliniğine yönlendirildi. Hasta, 10-15 dk. süren ve kendiliğinden geçen, ancak bir süre sonra yine ortaya çıkan bir baş ağrısı tarifliyordu. Baş ağrısına kusma, bilinç bulanıklığı eşlik etmiyordu, gece uykudan uyandıran veya daha çok sabahları olan bir baş ağrısı tariflemiyordu. Ağrının belirli bir lokalizasyonu yoktu. Kafa travması, öncesinde yineleyen bir baş ağrısı ve ailede migren öyküsü yoktu. Öne eğilme veya valsalva manevrası ile artış tarif edilmiyordu.

Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık, etrafla iliydi. Nörolojik muayeneyide kapsayan sistem muayenesi normaldi. Arteriyel kan basıncı (KB): 100/60 mmHg, kalp tepe atımı (KTA): 90/dk. idi. Kan sayımında trombositleri $96,000/m^3$ saptandı. Kanama ile ilgili diğer hematolojik göstergeleri de normal sınırlarda bulundu. Hastaya asetaminofen başlandı ve paranasal sinüs grafisi, görme ve gözdibi muayenesi istendi.

3 gün sonra kontrole gelen hastanın ağrı kesiciden yararlanmadığı ve baş ağrısı ataklarının sıklık ve şiddetinin arttığı belirlendi. Hasta Wonk Baker ağrı skalasına göre 4. derece şiddetli ağrısı olan mutsuz ifadeli bir çocuktü. Paranasal sinüs grafisi, gözdibi ve nörolojik muayenesi normal olmasına karşın, ağrının progresyonu nedeniyle hastadan olası intrakranial patoloji dışlanması için kranial magnetik rezonans inceleme (MRİ) istendi.

Kranial MRİ'de serebellum içinde 4.ventriküle bası yapan kronik hematoma ile uyumlu kanaması saptandı (Resim 1). Hasta çocuk nöroloji servisine yatırıldı, nöroşirürji anabilim dalı ile konsülte edildi ve kanamasına yönelik operasyon yapıldı. İki günlük postoperatif izlem sonrası şifa ile nörolojik sekelsiz eve taburcu edildi. Hasta halen izlenmektedir.



Resim 1. Vaka 1, kranial MRİ'de serebellar hematoma.

Vaka 2

On beş yaşında erkek hasta baş ağrısı ve burun kanaması yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın 7 yaşından beri aralıklı olarak bu yakınmaları nedeniyle çocuk ve kulak burun boğaz hekimlerine başvurduğu, ancak net bir tanı almadığı belirtildi. Öyküsünden adenoidektomi-tonsililektomi operasyonu (7 yaş) ve sünnnet sonrasında (9 yaş) uzun süren kanaması olduğu öğrenildi. Hasta 11 yaşından itibaren aralıklı bacak ağrıları tanımıyordu. Bize gelmeden bir gün önce burun kanaması nedeniyle devlet hastanesi kulak burun boğaz kliniğine başvuran hastanın tetkiklerinde trombosit $41,000/m^3$, kan kreati-

konur. Öyküde yaş, cinsiyet, ağrıya eşlik eden bulgular ve ağrının özellikleri önemlidir. Yaş ne kadar küçükse ciddi bir neden olma olasılığı o kadar yüksektir (10,12). Ani başlangıçlı ve çok şiddetli ağrı arterio-venöz malformasyon, subaraknoid hemoraji gibi vasküler bir olayı düşündürür (10,13,14). Vital bulguların değerlendirilmesi, cilt ve nörolojik muayene-yide içeren ayrıntılı bir genel muayene önemlidir. Arteriyel kan basıncı kesinlikle ölçülmeli ve hipertansiyon dışlanmalıdır. Sık görülen ve öncelikle dışlanması gereken selim nedenler arasında sinüzit unutulmamalıdır. Göz muayenesi de önemlidir ve yalnızca kırma kusuru açısından değil göz dibi açısından da değerlendirme yapılmalıdır (7,15,16). Göz dibi papil ödemi (kafaiçi basınç artışında) ve hipertansif ensefalopati ile subaraknoid kanamadaki retinal hemorajiyi gösterebilir (11). Riskli gruplarda (kanama diatezi gibi) baş ağrısı olan hastaya çok daha dikkatle yaklaşılmalı, radyolojik ve diğer ileri tetkikler daha öncelikli olarak istenmelidir. Ender görülen bir olasılık olmasına karşın beyin tümörü ve diğer intrakraniyal olaylar gerek hekimin, gerekse hasta ve ailesinin çok önemli bir endişesidir (9). Doktorun primer sorumluluğu da “kötü” baş ağrısını selim olanlardan ayırt etmektir (8).

En sık kanama diyatezi immun trombositopenik purpuradır. Sıklıkla 10 yaş altında tanı konulur. Ender olan fakat en ciddi ve korkulan komplikasyonu intrakraniyal kanamadır (17,18). Bir nolu vakamızda da kronik İTP tanısı olması ve yakınmalarının takipte düzelmemesi nedeniyle yapılan kranial MRI’de çocukluk çağında ender olarak karşılaşılan serebellar hematoma saptandı.

Serebellar hematomlar en sık altı ile sekizinci dekadlar arasında ve erkeklerde daha sık görülür. Yetişkin kaynaklı çalışmalarda tüm intrakraniyal hematomların % 10’unu oluşturur. Günümüzde bilgisayarlı tomografinin kullanımına girmesine ve hızlı tanı sağlanmasına rağmen, mortalitesi % 40-50 gibi yüksektir. Hipertansiyon en önemli risk faktörüdür (19-27). Juvela ve ark. hipertansiyonun tek başına bir risk faktörü olduğunu ve İTP’ye bağlı spontan kanamanın oldukça ender geliştiğini bildirmiştir (27). Çocuklarda kanama genellikle arterio-venöz malformasyonlar, travma, infeksiyonlar ve hematolojik sorunlardan (10,25) kaynaklanır. Bir nolu vakada KB’nın normal olması nedeniyle serebellar kanamanın kronik İTP’ye

bağlı spontan kanama olduğu düşünüldü. Spontan serebellar kanamalar çocuklarda enderdir fakat sıklıkla ölümcül seyredir (10,26). Hastamızda cerrahi tedavi ile sekelsiz iyileşme sağlandı. Bu vakada, nörolojik muayene ve göz dibi bulguları normal olmasına rağmen, hastanın riskli grupta olduğu göz önüne alınarak kranial görüntüleme yapılması ve iyi izlenmesi sonucu erken tanı konmuş ve cerrahi tedavisi süratle planlanmıştır. İyi bir izlem ve erken tanı-tedavi ile prognoz ne denli olumlu etkilediğini vurgulamak açısından bu vaka önemlidir.

İkinci sunulan vakada, uzun süreli baş ağrısı yakınmasına ve KB ölçümüne önem verilmemesi, altta yatan hastalığın araştırılmasında gecikmeye neden olmuş ve hastanın hipertansiyona sekonder göz, böbrek, kalp ve hematolojik komplikasyonları yerleşmiştir. Bu vakada arteriyel KB ölçümünde içeren düzgün bir fizik muayenenin ne denli önemli olduğunun ve baş ağrısının önemsenmesi gereken bir semptom olduğunun vurgulanması açısından örnek bir vaka-dır.

Sonuç olarak, sık karşılaşılan, fakat önemsenmeyen ve ayrıntılı değerlendirilmeyen bir yakınma olan baş ağrısı, çok ciddi patolojilere eşlik edebilir. Bu nedenle akut-kronik ve primer sekonder baş ağrısı tanımı mutlaka yapılmalıdır. Baş ağrısı yakınması ile başvuran hastada ayrıntılı öykü alınmalı, nörolojik muayeneyi ve KB ölçümünü içeren dikkatli fizik muayene yapılmalıdır. Şüpheli öykü ve muayene bulgusu olan, riskli grupta bulunan ve baş ağrısı yakınmasında progresyon gösteren hastalardan erken tanı için laboratuvar tetkikleri ve kranial görüntüleme kaçınılmamalı, erken tanı ve tedavi şansı kaçırılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Merskey H.** Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndrome and definitions of pain terms. Pain 1986; Suppl 3
2. **Gallelli L, Iannacchero R, De Caro E, Peltrone F, Colosimo M, De Sarro G.** A questionnaire-based study on prevalence and treatment of headache in young children. J Headache Pain 2005; 6:277-80.
3. Guidelines for the evaluation and management of headache in children. Last version. July 2009 <http://www.ich.ucl.ac-UK/clinical-information/clinical-guideline/index.html> 27.7.2009.
4. **Kan L, Nagelberg J, Maytal J.** Headches in a Pediatric Emergency Department: etiology, imaging and treatment. Headache 2000; 40:25-9.
5. **Anlar Ö, Tombul T, Çaksen H.** Van ilinde ilköğretim çağı çocuklarda baş ağrısı. Çocuk Dergisi 2003; 3:136-8.
6. **Mazzotta G, Gallai B, Mattioni A, Floridi F, Foti F, Allegritti M, D’Angelo R.** Cost assessment of headache in

- childhood and adolescence: preliminary data. *J Headache Pain* 2005; 6(4):281-3.
7. **Cardinali M, Bernareggi M, Magni S.** Headache in the emergency department. *Neurol Sci* 2004; 25:S192-5.
 8. **Querzani P, Grimaldi D, Cevoli S, Begliardi C, Rasi F, Cortelli P.** Headache: clinical governance in health care management in the Emergency Department. *Neurol Sci* 2006; 27:203-5.
 9. **Abu-Arafeh I, Macleod S.** Serious neurological disorders in children with chronic headache. *Arch Dis Child* 2005; 90:937-40.
 10. **Davenport R.** Acute headache in the Emergency Department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002; 72:33-7.
 11. **Gaini SM, Fiori L, Cesana C, Vergani F.** The headache in the Emergency Department. *Neurol Sci* 2004; 25:S196-201.
 12. **Raieli V, Eliseo M, Pandolfi E, La Vecchia M, La Franca G, Puma D, Ragusa D.** Recurrent and chronic headaches in children below 6 years of age. *J Headache Pain* 2005, 6:135-42.
 13. **Evans RW.** Diagnostic testing for the evaluation of headaches. *Neurol Clin* 1996; 14(1):1-26.
 14. **Edlow JA, Caplan LR.** Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342(1):29-36.
 15. **Bloomington MN.** Diagnosis and treatment of headache. Institute for Clinical Systems Improvement. 1998 Aug (revised 2007 Jan) 72 pages. (NGC update pending) NGC =005845. <http://www.guideline.gov/browse/DisplayOrganization.aspx?org-id=722>.
 16. **Aysun S, Yetuk M.** Clinical experience on headache in children: analysis of 92 cases. *J Child Neurol* 1998; 13(5):202-10.
 17. **Woerner SJ, Abildgaard CF, French BN.** Intracranial hemorrhage in children with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Pediatrics* 1981; 67(4):453-60.
 18. **Seckin H, Kazancı A, Yiğitkanlı K, Şimşek S, Kars HZ.** Chronic subdural hematoma in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: A case report and review of the literature. *Surg Neurol* 2006; 66(4):411-4; discussion 414. Epub 2006 Jul 21. Review.
 19. **Auer LM, Auer T, Sayama I.** Indications for surgical treatment of cerebellar haemorrhage and infarction. *Acta Neurochir (Wien)* 1986; 79:74-9.
 20. **Heros RC.** Cerebellar hemorrhage and infarction. *Stroke* 1982; 13(1):106-9 Review.
 21. **Mezzardi JJ, Otero JM, Ottino CA.** Management of 50 spontaneous cerebellar haemorrhages. Importance of obstructive hydrocephalus. *Acta Neurochir (Wien)* 1993; 122(1-2): 39-44.
 22. **Mohadjer M, Eggert R, May J, Mayfrank L.** CT- guided stereotactic fibrinolysis of spontaneous and hypertensive cerebellar hemorrhage: longterm results. *J Neurosurg* 1990; 73(2):217-22.
 23. **Van der Hoop RG, Vermeulen M, van Gijn J.** Cerebellar hemorrhage: Diagnosis and treatment. *Surg Neurol* 1988 29(1):6-10.
 24. **Gezen F, İş M, Yıldız KH, Döşoğlu M, Tuncer C.** Opere edilmeyen dev serebellar hematoma: Olgu sunumu. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2005; 27(1) 36-9.
 25. **Fewel ME, Thompson BG Jr, Hoff JT.** Spontaneous intracerebral hemorrhage: a review. *Neurosurg Focus* 2003; 15(4): E1.
 26. **Chaddock WM, Duong DH, Kast JM, Kast JM, Donahue DJ.** Pediatric cerebellar hemorrhages. *Childs Nerv Syst* 1995; 11(10):579-83.
 27. **Juvela S, Hillbom M, Palomaki H.** Risk factors for spontaneous intracerebellar hemorrhage. *Stroke* 1995; 26:1558-64.