

Çocuklarda migren dışı baş ağrısına yaklaşım

An approach to children with headache other than migraine

Dolli Yafet Aji(*)

Özet

Baş ağrısı çocuklarda sık morbidite nedenidir. Çocuklarda en sık kas kontraksiyonuna bağlı baş ağrısı ve migren görülür. Baş ağrısı olan çocuğun değerlendirilmesinde ve hayatı tehdit eden durumların ortaya çıkarılmasında etraflı bir anamnez ve fizik muayenenin yanısıra, laboratuvar ve gereğinde nöroradyolojik incelemeler gereklidir. Çocuklarda görülen baş ağrıları gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: baş ağrısı, çocuk

Summary

Headache is a common cause of morbidity in children. Muscle contraction and migraine headaches are the most common causes of headaches in children. A thorough history and physical examination followed by laboratory tests and neuroimaging studies where necessary are essential for evaluating a child with headache and ruling out life – threatening conditions. Childhood headaches are reviewed.

Key words: Headache, child

Giriş

Poliklinik ve acil servislere getirilen çocuklarda sık rastlanan sorunlardan biri baş ağrısıdır. Baş ağrısı hekimler için de sorundur.

Tıp literatüründe bu konuda yapılmış sayısız araştırmalar yer almaktadır. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11, 12). Baş ağrısı denince kafatası, yüz, yüzdeki yapılar ve farenksten kaynaklanan ağrı ya da rahatsızlık anlaşılır.

Çocuk ve adolesanlarda baş ağrısının ortaya çıkış semptomları erişkinden farklı olabilir (1). Okul hayatının başlaması ile baş ağrısı insidensinin arttığı gösterilmiştir (13). Çocuğun yaşantısı büyük oranda etkilenebilir ve okuldan geri kalmasına neden olur. Tekrarlayan baş ağrıları okul sorunlarına, öğrenme güçlüğüne neden olabilir (14). Altta yatan neden önemsiz olabileceği gibi, hayatı tehdit eden bir sorun da olabilir.

Tablo 1’de baş ağrısının sık nedenleri, Tablo 2’de ise ha-

yatı tehdit eden baş ağrısı nedenleri gösterilmiştir (15).

Baş ağrısının Patofizyolojisi

Beyinde ağrı reseptörü yoktur. Baş ağrısı başın diğer bölümlerinden ve boyundan kaynaklanan ağrıların yansımaları sonucu ortaya çıkar. Dura, büyük arterler ve venöz sinüsler ağrıya aracılık eden kafa içi yapılardır. Ağrıya neden olan kafa dışı yapılar ise periost, orbita, sinüsler, orta kulak, dişler, farenks, boyun, yüz ve kafa kaslarıdır.

Kafa yapıları V, IX, X. Kafa çiftleri tarafından sinirlendirilir. Kafanın arka bölümü ve boyun ise üst servikal spinal kökler tarafından sinirlendirilir. Başın ön kısmındaki ağrılar tentoriumun üzerindeki yapılardan, başın arkasındaki ağrılar ise tentoriumun altındaki yapılardan kaynaklanır. Damarların ya da duranın çekilmesi veya inflamasyonu, damarların genişlemesi ya da kafa ve boyun kas-

(*) İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Bilim Dalı, Uzm.Dr.

Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Bilim Dalı

larının uzun süreli kasılması ağrıya yol açar. Kafa dışı yapıların hastalıkları, örneğin sinüzit, yansıma yoluyla baş ağrısına neden olur.

Tanı

Tüm hastalıklarda olduğu gibi, iyi bir anamnez ve fizik muayenenin ardından yapılacak iyi bir değerlendirme tanıya götürür (3, 16, 17, 18).

Büyük çocuklar baş ağrısı için net anamnez verirler; ancak, küçük çocuklarda anamnez alırken ebeveyn yardımı almak gereklidir.

Hastanın özgeçmişini önemlidir. Halen geçirmekte olduğu hastalıklar, kronik tıbbi sorunlar, halen almakta olduğu ya da önceden kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır.

Hastanın baş ağrısı biçimini tanımlaması istenmelidir. Çoğu olguda baş ağrısı tek tiptedir. Eğer birkaç şekilde görülüyorsa her biri için ayrı hikaye alınmalıdır.

Baş ağrısının başlangıcı, sıklığı, süresi sorgulanmalı ve sıklığında değişimler olup olmadığı öğrenilmelidir (19).

Ağrının şiddeti ağrı süresince sabit olabileceği gibi, giderek artış da gösterebilir. Ağrının uykudan uyandırıp uyandırmadığı ya da sabah uykudan kalkıldığında var olup olmadığı öğrenilmelidir.

Ağrının yerleşimi sorgulanmalıdır. Tek taraflı mı? Her zaman aynı tarafta mı ya da yer değiştiriyor mu? Ağrının niteliği nedir? Künt mü? Keskin mi? Durağan ya da zonklayıcı mı?

Baş ağrısı sübjektif bir belirtidir. Baş ağrısının şiddetini belirlemek önemlidir ancak duygusal faktörler, yaş, kültür düzeyi, ağrının süresi gibi faktörlerin etkileyici olabileceği unutulmamalıdır. Ağrının şiddeti ile hastalığın ciddiyeti ilişkili değildir. Çok şiddetli baş ağrıları önemsiz olabileceği gibi, hafif baş ağrısı ciddi bir patolojinin örneğin beyin tümörünün belirtisi olabilir.

Tablo 1: Çocuklarda baş ağrısının sık nedenleri.

Tablo 1: Çocuklarda baş ağrısının sık nedenleri.
1- İnflamatuar
Diş infeksiyonu
Sinüs infeksiyonu
2- Vasküler
Ateşli hastalık
Migren
3- Kas kontraksiyonu
Gerilim
Yorgunluk
4- Diğer
Psikojenik

Ağrının değerlendirilmesinde 1-10 skalası yararlı olabilir. Hastadan baş ağrısına 1-10 arasında puan vermesi istenir. 1 en hafif, 10 en şiddetli baş ağrısını gösterir. Bu skala kronik baş ağrısının değerlendirilmesinde ya da tedavinin etkinliğinin saptanmasında kullanılır (20). Büyük çocuklardan ağrıyı hafif, orta, şiddetli ve dayanılmaz olarak değerlendirmeleri istenebilir. Ağrıyı iyi tanımlamayan çocuklarda ise 9 surat skalası ya da lineer analog skala daha güvenilirdir (20).

Baş ağrısından hemen önceki olaylar tanıda yardımcı olabilir. Örneğin hasta travma geçirmiş olabilir, özel bir gıda veya katkı maddesi almış olabilir ya da aşırı fizik egzersiz yapmış olabilir. Aura tanımlayabilir. Aile hikayesi de önemlidir. Bazı baş ağrılarının örneğin migren ve anevrizmaların genetik komponenti vardır. Ağrının analizlerle geçip geçmediği sorgulanmalıdır. Tekrarlayıcı baş ağrılarında ağrı hakkında not tutulması yardımcı olabilir. Ağrı sırasında nörolojik disfonksiyon gösteren semptomlar olup olmadığı kaydedilmelidir. Örneğin; hemiparezi, diplopi, skotomlar, görme kaybı, baş dönmesi gibi.

Fizik Muayene

Hastaların çoğunda pozitif muayene bulgusu yoktur. Altta yatan ciddi hastalıklar başlangıçta fizik muayene bulgusu vermeyebilir. Baş ağrısı ile gelen bir hastada papilödem, görme alanı defekti, artmış kafa içi basıncı ve kan basıncı değişiklikleri, gizli kalmış baş ve boyun enfeksiyonları ve sistemik hastalıklar üzerinde önemle durulmalı, ayrıca baş çevresi ölçülmeli ve kraniyum oskültasyonu yapılmalıdır.

Aşağıda belirtilen durumlarda mutlaka manyetik rezonans (MR) veya bilgisayarlı beyin tomografi (BBT) incelemesi istenmelidir:

- 1- Çok şiddetli baş ağrısı
- 2- İlk ciddi baş ağrısı

Tablo 2: Hayatı tehdit eden baş ağrısı nedenleri.

Tablo 2: Hayatı tehdit eden baş ağrısı nedenleri.
1- İnflamatuar
Meningit
Ansefalit
2- Traksiyon
Artmış kafa içi basıncı
Kitle
3- Vasküler
Hipertansiyon
Damar anomalisi

- 3- Anormal nörolojik bulgular
- 4- Kronik ilerleyici baş ağrısı
- 5- Ağrının her zaman aynı tarafta olması
- 6- Bilinç bozukluğunun eşlik etmesi
- 7- Papilödem
- 8- Ateş olmadan meningeal belirti bulunması

Akut Baş ağrısı

Ani başlayan ve şiddetli olan baş ağrısı hasta için her zaman korkutucudur ve hekime başvurusunu sağlar. Bu hastalara yaklaşım tekrarlayıcı ancak hayatı tehdit etmeyen baş ağrılarına olan yaklaşımdan farklıdır. Ancak, ağrının tekrarlayıcı baş ağrılarının ilki olabileceği de unutulmamalıdır. Bu hastalarda tanı ayrıntılı bir inceleme sonunda konmalıdır. Şekil 1'de ani şiddetli baş ağrısında yaklaşım gösterilmiştir. Bu hastalarda MR ve laboratuvar incelemeler mutlaka yapılmalıdır. Çocuklarda baş ağrısı seyrek göre akut ve kronik (tekrarlayıcı, progresif) olarak incelenebilir de fizyopatolojik sınıflandırma daha aydınlatıcıdır.

Baş ağrılarının Sınıflandırılmaları

- 1- Kas kontraksiyonlarına bağlı baş ağrıları
- 2- İnflamasyona bağlı baş ağrıları
- 3- Vasküler baş ağrıları
- 4- Traksiyona bağlı baş ağrıları
- 5- Diğerleri

1-Kas kontraksiyonlarına bağlı baş ağrıları

Çocuklarda en sık görülen, sıklıkla kronik, inatçı ve tekrarlayıcı baş ağrısı tipidir. İlerleyici değildir. Baş ve boyun kaslarının uzun süreli kasılması sonucu ortaya çıkar. Büyük çocukların %15'inde görülür (20). Küçük çocuklarda daha enderdir. Stres, açlık, yorgunluk etkileyici faktörlerdir. Çok rahatsız edicidir ve günlük aktiviteyi engeller.

Ağrı şekli tipiktir. Hasta uyandığında iyidir. Ağrı yavaş yavaş başlar ve gün boyu artar. Alın, şakaklar ve enseyi çeviren bant tarzındadır. Sıkıştırıcı ve devamlı karakterdedir. Hasta "Başımın üzerinde bir yük taşıyor gibiyim" ifadesini kullanır. Bazen bulantı ve fotofobi eşlik edebilir (20).

Ağrı en az altı ay boyunca ve bir ayda en az 15 gün sürdüğünde kronik olarak adlandırılır. Depresyon, uyum bozuklukları gibi faktörler ağrı nedeni olabileceği gibi, ağrıya ikincil reaksiyonlar olarak da ortaya çıkabilir. Bu çocuklarda uyku bozukluğu, okuldan geri kalma ve kronik ağrı kesici kullanımı sıktır. Bazen çok başarılı çocuklarda da strese bağlı bu tip ağrılar görülebilir. Bu ço-

cuklar diğerlerinin aksine okula düzenli olarak devam ederler.

Etkilenen kaslarda sertlik ve palpasyonda hassasiyet dışında muayene bulguları normaldir. Tanı koydurucu herhangi bir laboratuvar testi yoktur.

Tedavinin en önemli yönü, ağrının kas kontraksiyonlarına bağlı geliştiğini anlamaktır (16). Ağrının seyrek olduğu ve istirahatle ve asetaminofen, ibuprofen gibi analjeziklerle geçtiği durumlarda hasta genellikle hekime getirilmez. Kronik seyreden durumlarda boyun kaslarını güçlendirecek fizik tedavi ve psikolog yardımı gereklidir. Hastaya stresle baş etme yolları gösterilmeli, egzersiz, uygun diyet ve uykuya önem verilmeli, adolesanların kafein, nikotin ve alkolden uzak durmaları sağlanmalıdır. Tedavide reçetesiz satılan analjezikler yeterlidir. Aspirin Reye Sendromu riski olduğundan kullanılmamalıdır. Benzodiazepin, narkotikler ve barbitüratlar ise bağımlılık yaptıklarından ancak çok seyrek görülen fakat çok şiddetli olan kontraksiyon ağrılarında kullanılabilir. Bazı hastalarda tek doz ibuprofen, naproksen veya amitriptilin ile profilaksi yararlı olabilir. Depresyon tedavisinde kullanılan dozun çok altında bir dozda verilen amitriptilin kontraksiyona bağlı ağrıyı önler; ancak, uyku yapacağından 25-75 mg'lık tek dozun adolesana yatmadan önce verilmesi önerilir (15, 20).

2- İnflamasyona bağlı baş ağrıları

Baş ve boynu tutan her inflamatuvar olay baş ağrısına neden olur. Ağrı beyin ve duranın doğrudan inflamasyonu (menenjit) sonucu ortaya çıkabileceği gibi, sinüzit, diş apsesi gibi kafa dışı inflamasyonların yansıması sonucu da belirebilir.

A-Kafa İçi İnflamasyon Bağlı Ağrılar

Menenjit ve meningoensefalitte ağrı ani başlar ve yaygındır. Genellikle ateş, bilinç bozukluğu, ense sertliği ve diğer nörolojik bulgular eşlik eder.

B- Kafa Dışı İnflamasyona Bağlı Ağrılar

Diş apseline bağlı ağrılar bıçak saplanır gibidir. Gingivada şişlik, kızamık ve ağrı bulunabilir veya bulunmayabilir. Göz ve orbita inflamasyonlarında ağrı genellikle lokalizedir. Orbital selülitte kemozis, proptosis, oftalmopleji, görme kaybı görülür. Periorbital selülitte ise periorbital bölgede kızamık ve hassasiyet vardır. Aşırı huzursuz bir bebekte ve şiddetli göz ağrısı olan kişilerde kornea çizilmesi olasılığı unutulmamalıdır. Optik nöritte o taraftaki gözde retroorbital ağrı vardır. Göz muayenesinde papillitis ve azalmış görme keskinliği saptanır. Bu hastalarda görüntüleme yapılmalıdır. Tedavide iv kortikosteroidler kullanılır.

Sinüzite bağlı baş ağrısı akut ya da kronik olabilir. Etmoid veya sfenoid sinüzitte ağrı frontal veya oksipitalde,

frontal ya da maksiller sinüzitte ise frontal ya da oküler bölgededir. Pürülan burun akıntısı, ağız kokusu, geceleri artan öksürük, sinüs veya dişlere bası ile ağrı ve ateş tabloya eşlik eder. Allerjik rinit veya geçirilmiş sinüzit hikayesi bulunabilir. Tanıda sinüs BT sinüs grafisine göre daha aydınlatıcıdır.

3- Vasküler baş ağrıları

A- Migren

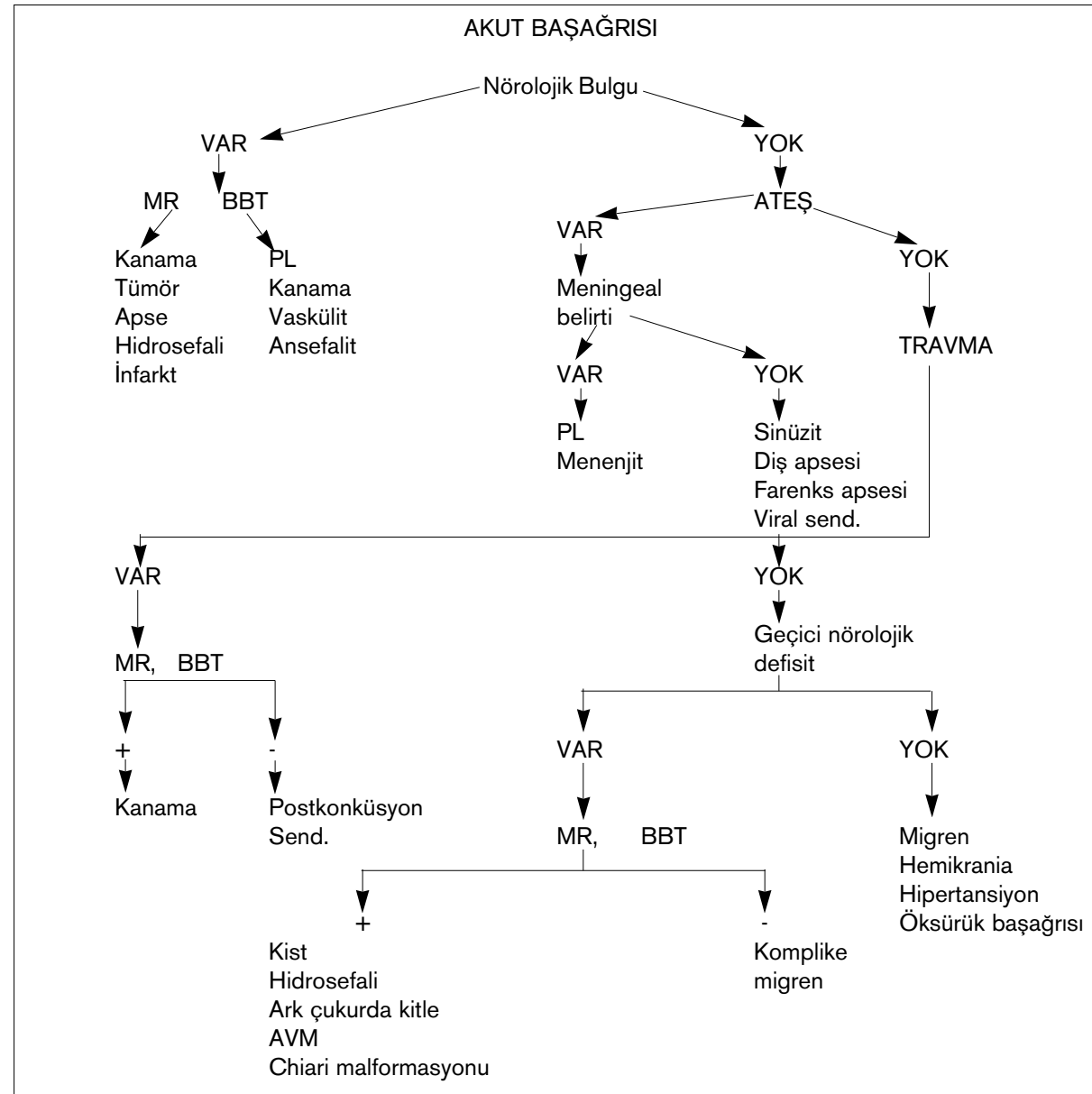
Ayrı bir derleme konusu olduğundan burada değinil-

meyecektir.

B- Migren Dışı Vasküler Baş ağrısı

Adolesan çağından önce ender görülür. Erkeklerde daha siktir. Ağrı internittandır. Ani başlar, hızla şiddetlenir. En çok göz ve şakaklarda lokalize olur. 30 dakika-2 saat sürer.

4-8 hafta süren nöbetler şeklinde görülür ve arada uzun remisyonlar gösterir. Yılda 1-2 nöbet görülür. Ağrı döneminde göz yaşarması, burun akması ve tıkanıklığı, ter-



Şekil 1: Akut baş ağrısında yaklaşım.

leme genellikle eşlik eder. Sıklıkla geceleri görülür. Ağrı döneminde baş ağrısını arttıracığından alkol alınmamalıdır. Akut baş ağrısı döneminde ergotamin inhalasyonu ve intranasal lidokain yararlıdır. Profilaksiste kalsiyum kanal blokerleri, lityum ve prednizon kullanılır (20).

C- Hipertansiyona Bağlı Baş ağrısı

Gerek akut gerekse sistemik hipertansiyona baş ağrısı eşlik edebilir. Ağrı muhtemelen kranial arter dilatasyonu sonucu beyin kan akımındaki değişikliklere bağlıdır. Çocuklarda hipertansiyon baş ağrısının ender nedenlerinden birini oluşturur. Hipertansiyonlu çocukların çoğunda baş ağrısı görülmemektedir. Poststreptokoksik glomerulonefrit, böbrek yetersizliği ve kollagen vasküler hastalıkta akut hipertansiyon gözlenir. Baş ağrısı eşlik ediyorsa hipertansiyonun tedavisi ile ortadan kalkar. Malign hipertansiyon sendromunda ise baş ağrısı mevcuttur. Bu olgularda mikroskopik hematurisi ve retinada eksudasyon gözlenir. Beyin kanaması ortaya çıkabilir (20). Kokain kullanımı vazokonstriksiyon, hipertansiyon, hipersensitivite vaskülit ve subaraknoid kanamaya neden olarak baş ağrısına yol açar (20).

D- Vaskülitlerde Baş ağrısı

Vaskülitli erişkinlerde baş ağrısı sık görülse de, çocuklarda enderdir. Bu olgularda hipertansiyon riski yüksektir. SLE ve mikst bağ dokusu hastalıklarında MSS etkilendir. Çocuklarda nöbetler, mental durum değişiklikleri ve baş ağrısı gözlenir.

E- Ateşe Bağlı Baş ağrısı

Kaynağı ne olursa olsun, ateşli hastalıklara baş ağrısı sıklıkla eşlik eder. Ağrı genellikle bifrontal ve bitemporaldır ancak ense ve boyna da yayılabilir. Zonklayıcı karakterde olabilir ve boynun fleksiyonu ile artabilir. Antipiretik ve analjeziklerle hafifler. Nörolojik muayenede ense sertliği, bilinç bozukluğu gibi bulguların varlığında hasta o yönden değerlendirilmelidir. Akut sıcak çarpması da vasküler nedenlerle baş ağrısına yol açar.

F- Kronik Paroksizmal Hemikrania

Daha çok erişkinlerde ve kadınlarda, daha ender de büyük çocuk ve adolesanlarda gözlenen sık, şiddetli ve tek taraflı baş ağrılarıdır. Günde 10-20 atak görülebilir ve her biri birkaç dakika ile 45 dakika arasında, ortalama 10 dakika sürer.

Hastayı uykudan uyandırabilir ve ani baş hareketleri atağı uyandırabilir. Tedavide indometazine iyi yanıt alınır. Diğer nonsteroidal antiinflamatuar ilaçların yararı yoktur. Semptomlar beynin vasküler malformasyonlarının semptomlarına benzediğinden tanıyı koymadan önce mutlaka radyolojik inceleme yapılmalıdır (20).

G- Anoksi ve Karbonmonoksit (CO) Baş ağrıları

Anoksi, hipoksi ve CO beyin arterlerinde dilatasyona

yol açarak baş ağrısına neden olur. Kronik akciğer hastalığı, obstrüksif uyku apnesi gibi hipoksiye neden olan durum tedavi edilmelidir.

Yüksek yerlerde de akut hipoksik belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler daha alçak yerlere inilmesi, asetazolamid ve deksametazonla tedavi edilir.

Kronik baş ağrısı olan her çocukta düşük düzeyde CO zehirlenmesinden kuşulanmalıdır. Arteriyel HbCO düzeyine bakarak tanı koymak zordur çünkü oda havasında yarılanma ömrü sadece 4 saattir. Bu nedenle CO'e maruz kalmadan birkaç saat sonra düzey normal bulunabilir. Bu durumda tanı ve tedavinin bir yolu nedeni ortadan kaldırmaktır. Yoğun şehir trafiği, sigara dumanı bulunan ortam, hatalı ev fırınları zehirlenmeye neden olur. Ağır zehirlenmelerde %100 O₂ veya hiperbarik oksijen tedavisi gerekir (20).

H- Dondurmaya Bağlı Baş ağrısı

Bu ağrı çocukların %33'ünde ve migrenli hastaların %90'ında görülür (20). Çabuk içilen soğuk içecek ya da dondurmanın ardından 30 sn. içinde başın derinliklerinde birkaç sn-1 dk süren şiddetli ağrı gelişir. Durum anlaşılırsa ileri tetkik ve tedaviye gerek yoktur.

I- Kafein Eksikliğine Bağlı Baş ağrısı

Uzun zaman önemli miktarda kafein alan adolesan ve erişkinlerde aniden kesilince vasküler baş ağrıları görülür. Genellikle kafein tüketimi hafta içinde olmakta ve hafta sonu program değişikliği nedeniyle kafeinli içecekler alınmadığında ortaya çıkar. Tanı anamnezle konur. Tedavide diyetten kafeinli içecekler çıkarılmalıdır.

J- Bazı ilaçlar örneğin Nifedipin baş ağrısına yol açabilir.

4- Traksiyona bağlı baş ağrıları

Kafa içi basıncındaki değişiklikler dura ve beyin tabanındaki damarlarda traksiyona yol açarak baş ağrısına neden olur.

A-Kafa içi Basıncın Sürekli

Yüksek Olduğu Durumlar

1- Beyin Tümörü ve Hidrosefalus

Her ikisinde de kronik ilerleyici baş ağrısı vardır. Bazen tümörler BOS akımını engelleyerek hidrosefalusa neden olur. Hidrosefalusta ağrı generalizedir ve gelişme hızına göre hafif veya şiddetli olur. Ağrı hastaların çoğunda sabahları olur ve bir müddet sonra hafifler, bazen de durağandır.

Hidrosefalusun eşlik etmediği tümörlerde ağrı tümörün yeriyle ilgili olabilir ya da olmayabilir. Örneğin arka çukur tümörlerinde genellikle oksipital baş ağrısı vardır. Tümörlerde ağrı şekli tipik olduğunda başlangıçta hafiftir ve analjeziklere yanıt verir. Giderek şiddetlenir ve sıklığı artar.

Muayenede papil ödem ve nörolojik belirtiler saptanır.

Ense sertliği artmış kafa içi basınç belirtisidir. Hidrosefalide sturalar kapalı ise makrosefali, açık ise fontanel kabanklığı ve genişlemiş sturalar gözlenir. Bu olgularda papilödem saptanmaz. Papilödem arka çukur tümörlerinde de bulunmayabilir. Baş çevresi ölçümleri bu hastaların izleminde çok önemlidir.

Özetle, bir hastada kronik ilerleyici başağrısı, anormal nörolojik bulgular, ense sertliği ve anormal baş büyümesi gözlemlendiğinde hidrosefalus ± beyin tümörü düşünülmeli ve mutlaka görüntüleme yapılmalıdır.

2- Neoplastik Olmayan Kitleler

Apseler, kistler ve kanama başağrısına yol açar.

Sağ-sol kalp şanti, sinüzit, otit, dış enfeksiyonu gibi kronik mukoza enfeksiyonu olan bir çocukta inatçı kronik baş ağrısı beyin apselerini akla getirmelidir. Bu hastalarda ileyici nörolojik bozukluklar gözlenir ve genel durum hızla bozulur.

Kistler epidermoid, dermoid ve araknoid olarak sınıflandırılır. Tümör gibi belirti verirler. Epidermoid ve dermoid kistlerin cilde bağlandığı sinüs yolları bulunabilir. Enfekte olduklarında beyin apseleri belirtileri verirler.

Kafa travması geçiren bir çocukta amnezi ya da bilinç kaybı olduysa veya anormal nörolojik muayene bulguları varsa, kanama düşünülmelidir. Kafa içi kanamaların çoğunun tanısı travmadan hemen sonra yapılan nöroradyolojik inceleme ile konur; ancak, bazı subdural ve epidural hematomların gelişmesi için birkaç hafta gerekir.

Hemofilik hastalarda başağrısı kafa içi kanamayı akla getirmeli ve hasta o yönden incelenmelidir.

3- Anevrizma Yırılması

Arter anevrizmaları konjenital ya da enfeksiyona bağlı olabilir. Çocuklarda anevrizma yırtılması ender görülür. Dayanılmaz başağrısı, ani gelişen ense sertliği, kusma, bilinç değişikliği gözlenir. CT'de %85 sisterna ve meninkslerde kan görülür. Eğer CT normal ise PL yapılır ve BOS'un kanlı ya da ksantokromik olduğu görülür. Olguların yarısında yırtılmadan önce de başağrısı yakınması mevcuttur. Bu erken başağrısının anevrizmadan kan sızmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

A-V malformasyonlar da klinikte benzer belirtilerle karşımıza çıkar. Bu hastalara acil girişim gerekir.

4- Psödotümör Serebri (Benign İntrakranial Hipertansiyon)

Ciddi morbiditeye yol açar. Daha çok büyük çocuk, adolesan kızlar ve obezlerde görülür. İdiopatik veya sekonderdir. İntermittan veya durağan başağrısı, papilödem, ağır olgularda retinada kör noktanın genişlemesi ve görme alanı daralması görülür. Diğer fizik muayene bulguları, görüntüleme ve BOS normaldir. Papilödem

olduğundan PL'den önce mutlaka görüntüleme yapılmalıdır. Sekonder nedenleri ortaya çıkarmada iyi bir anamnez ve fizik muayenenin rolü büyüktür. Örneğin orta kulak ve mastoid enfeksiyonu sigmoid sinüse yayılarak venöz drenajı kısmen ya da tam tıkayabilir. Bu tabloya otitik hidrosefalus denir ve psödotümör serebriye yol açar.

Tedavide amaç artmış kafa içi basıncını azaltarak başağrılarını geçirmektir. Bu da PL ile sağlanır. Eğer görme alanı etkilenmişse normale dönene kadar seri halinde PL gerekir. Sonuç vermezse lomber-peritoneal drenaj veya optik kılıf dekompresyonu gerekir. Kortikosteroidler başağrısı ve görme bozukluğunu hızla geçirir ancak hızla kilo almaya neden olur; bu nedenle az kullanılmalıdır. Şişman kişilerin de kilo vermeleri yararlıdır.

5- Lenfoproliferatif bazı hastalıkların ilk bulgusu başağrısı olabilir. Lösemide başağrısı , kusma, çift görme karışılan belirtilerdir.

B- Kafa İçi Basıncının Geçici Olarak

Arttığı Durumlar

Öksürük Başağrıları:

Geçici kafa içi basınç artışına bağlı intermitten ağrılarıdır. Öksürme, ıkınma gibi toraks içi basınç artışına neden olan aktiviteler sonucu görülür. Birkaç saniye sürer. Öksürükler arasında ağrı yoktur. Bu ağrıların yapısal nedenleri arasında beyin tümörü ve Arnold Chiari malformasyonu vardır. Fizik muayene bulguları genellikle normal olduğundan, lezyonları ortaya çıkarmak için MR gerekir.

Öksürük başağrısının diğer bir nedeni 3. Ventriküldeki kolloid kisttir. Pozisyon değişikliği ile kist valv gibi hareket ederek BOS akımını engeller ve geçici kafa içi basınç artışı görülür. Bu sırada hasta semptomsuz olabileceği gibi, şiddetli intermitten başağrıları, artmış kas tonusu, koma ve ölüm görülebilir. Pozisyon değiştirildiğinde ya da artmış BOS basıncı obstrüksiyonu yendiğinde kafa içi basıncı normale döner ve fizik bulgular kaybolur. Tanı MR ile konur ve tedavi cerrahidir (20).

C- Kafa İçi Basıncının Azaldığı Durumlar

Kafa içi basıncının azalmasıyla da beyin tabanındaki dura ve damarlarda traksiyon sonucu başağrısı görülür. Bunun en güzel örneği PL sonucu kafa içi basıncının düşmesi ve başağrısının ortaya çıkmasıdır. Bu ağrı daha çok büyük çocuklarda kalın PL iğneleri kullanıldığında ve BOS almak için birkaç kez denendiğinde görülür. Ağrı PL'den birkaç saat sonra ortaya çıkar ve birkaç gün hatta hafta sürebilir. Hasta, dik oturtulduktan birkaç saniye sonra şiddetli başağrısı duyar ve ağrı yatar yatmaz kaybolur. Sızıntı kaybolana kadar yatak istirahati tedavide genellikle yeterlidir.

Kırk sonucu olan sızıntılar ve kafa tabanındaki tümörlerden olan sızıntılar da basınç azalmasına bağlı baş ağrısına neden olur.

5- Diğer Baş ağrıları

A- Sarsıntı Sonrası Sendromu (Postkonküsyon Sendromu)

Travma sonrası görülen kronik baş ağrılarıdır. Belirtiler kafa travmasından sonra 1-7 gün içinde başlar ve yıllarca devam edebilir. Olguların % 70'i bir yılda düzeler ancak % 15'i nin üç yıl sonra hala yakınmaları mevcuttur (20). Patofizyoloji bilinmemektedir Ağrı durağan olup, gerek kas kontraksiyonuna bağlı ağrı gerekse migrenin özelliklerini taşır. Yorgunluk, baş dönmesi, bellek zayıflığı, konsantrasyon yetersizliği eşlik eder. Nörolojik bulgular normaldir. Kronik subdural hematomun bulunmadığı nöroradyolojik inceleme ile gösterilmelidir. Tedavide eğitim ve psikoterapi yararlı olabilir. Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar, amitriptilin, propanolol kullanılabilir.

B- Temporomandibuler Eklem Sendromu

Bu eklem maloklüzyonu kronik baş ağrısına neden olur. Ağrı sürekli olabileceği gibi, sadece çene hareketi ile tutulan eklem tarafında da görülebilir. Ağız açıldığında 'klik' hissedilir; ancak, her 'klik'te bu sendrom yoktur. Her sendromda baş ağrısı görülmez. Fazla ciklet çiğnemek gerek bu hastalarda gerekse sağlıklı kişilerde temporal kasların fazla kullanılmasına bağlı baş ağrısına neden olur. Semptom veren sendromda uyku sırasında 'ısıрма pleyti' kullanılması yararlı olabilir.

C- Oksipital Nevralji

C2 sinir kökünün uzantısı olan büyük oksipital sinirin iritasyon ve enflamasyonu aralıklı ya da inatçı oksipital ağrılara yol açar. Ağrı iğne batır gibi hafif olabileceği gibi, çok şiddetli de olabilir. Fizik bulgu olarak kafatasının arkasında palpasyonda duyarlık azalmıştır. Tedavide karbamazepin, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar ve fizik tedavi yararlıdır. Ağrı olgularda steroidlerle sinir blokajı ve lokal anestezi gerekebilir (20).

D- Konversiyon Bozukluklarına Bağlı Baş ağrıları

Bu baş ağrılarının tanı ve tedavisi zordur. Kimi hasta ağrı çekiyormuş gibi görünür, kimisi ise ağrısı olduğunu belirtir ancak görünüşte hiçbir şeyi yoktur. Nörolojik bulgular normaldir. İlaç ve fizik tedaviye rağmen ağrıların sıklığı ve şiddetinin giderek arttığını belirtir. Hastanın ve ailesinin artan endişeleri hekimi de endişelendirdiğinden gereksiz yere sayısız laboratuvar ve radyolojik incelemeler yapılır. Baş ağrılarının hiçbir fiziksel nedene dayanmadığına aileyi inandırmak ve konversiyon nedenini ortaya çıkarmak tedavide sorun oluşturmaktadır. Böyle hastaların mutlaka psikolog ve psikiyatrlar tarafından izlenmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Winner P. Pediatric headaches: what's new? Curr Opin Neurol 1999; Jun 12 (3): 269-72
2. Winner PK. Headaches in children. Postgrad Med 1997; 101(5): 81-5, 89-90
3. Weber-Bingol C, Weber C, Karwautz A et al, Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. Cephalalgia 1995; 15 (1): 13-21
4. Dooley J, Bagnell A. The prognosis and treatment of headaches in children - a ten year follow-up. Can J Neurol Sci 1995; 22 (1) : 47-9
5. Ferrari P, Incorpora G, Cocozza M et al. Multicenter study of childhood headache. Childs Nerv Syst 1994; 10 (7) : 455-7
6. Diamond S. Headache. Med Clin North Am 1991; 75: 3
7. Jain N, Rosner F. Idiopathic intracranial hypertension: Report of seven cases. Am J Med 1992; 93: 391-395
8. Mathew NT. Headache. Neural Clin North Am 1990; 8 (4) : 781 - 992
9. Shinnar S. An approach to the child with headaches. Int Pediatr 1991; 6:140-148
10. Smith M. Comprehensive evaluation and treatment of recurrent pediatric headache. Pediatr Ann 1995; 24: 452- 457
11. Rooke ED. Benign exertional headache. Med Clin North Am 1968; 52: 801-808
12. Honing P, Charney E. Children with brain tumor headaches: distinguishing features. Am J Dis Child 1982; 136:121
13. Anttila P, Metsahonkala L, Sillanpaa M. School start and occurrence of headache. Pediatrics 1999; 103(6) : e 80
14. Karwautz A, Wober-Bingol C, Wober C. Idiopathic headache in childhood and adolescence. Nervenartz 1993; 64 (12): 753-65
15. Charney EB. Headache in: Fleisher GR (ed). Textbook of Pediatric Emergency Medicine 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1988: 180-184
16. Dyken PR. Headaches in children. Am Fam Physician 1975; 11 (5): 105-11
17. De Long GR. Headaches in childhood. Indian J Pediatr 1990; 57 (3) : 345-51
18. Yafet D, Yalçın E, Bedir Ö. Beyin tümörlerinde başvuru yakınmaları ve anamnezin önemi. XXI. Türk Pediatri Kongresi 5-9 Temmuz 1982, İstanbul 24: 241-245
19. Yafet D, Uğur S, Benbiççe E. Bir olgu nedeniyle beyin tümörlerinde tanı güçlüğü. XXII Türk Pediatri Kongresi 5-8 Eylül 1983, İstanbul 25: 261-265
20. Cohen BH. Headaches in childhood. In: Kliegman RM ed. Practical strategies in pediatric diagnosis and therapy Philadelphia: Saunders, 1996: 574 - 589