



Dr. Naci Öner*, Dr. Özgür Güncan**, Dr. Güner Emele Yolsal**

Poliklinik ve acil servislere getirilen çocuk ve adolesanlarda sık rastlanılan sorunlardan birisi de baş ağrısıdır. Baş ağrısı; kafada, kafatası, yüz, yüzdeki yapılar ve farenksten kaynaklanan ağrı ya da rahatsızlık olarak tanımlanabilir. Bu durum adolesan döneminde daha sık olmak üzere tüm çocukluk çağında sıkça görülür. Bille ve ark., yedi yaşındaki çocukların %40'ında, 15 yaşında olanların ise %75'inde baş ağrısı olduğunu bildirmişlerdir. Beyinde ağrı reseptörü olmadığından; baş ağrısı başın diğer bölümlerinden ve boyundan kaynaklanan ağrıların yansıması sonucu ortaya çıkar.

Baş ağrısı olan çocuk ve adolesanın tıbbi değerlendirmesi; ayrıntılı öykü, fizik ve nörolojik inceleme gerektirir. Adolesanlarla yalnız görüşmede daha çok bilgi alınabilir. Baş ağrısı olan çocuk ve adolesana öyküde sorulacak sorular Tablo 1'de gösterilmiştir. Ağrının özellikleri tanıya götürmede yardımcı olabilir. Yeni ortaya çıkan ve sık yineleyen ağrı, tek taraflı ve uzun süreli ağrı, daha önceki ağrı paterninin kötüleşmesi, gece ağrı ile uyanma, uyandığında ağrı olması ya da fokal nörolojik belirtiler, beyinde yer kaplayan lezyon açısından acilen incelenmelidir. Büyüme geriliği, kronik hastalık ve tümör göstergesi olabilir. Travma ve nörokutanöz hastalıklar açısından deri dikkatle incelenmelidir. Sinüs duyarlılığı, tiromegali, ense sertliği aranmalıdır.

Tablo 1. Uluslararası baş ağrısı komitesinin baş ağrısı öyküsü alma önerisi

Ne kadar süredir baş ağrısı var?
Baş ağrısı tek bir karakterde mi, yoksa birden fazla karakterde mi?
Ağrı neye benziyor? Ağrı nerede oluyor?
Baş ağrısı hangi sıklıkla oluyor? Ne kadar sürüyor?
Ağrıyı neler azaltıyor ya da artırıyor?
Baş ağrısı başladığında yaptığı işi bırakıyor mu?
Mide bulantısı, kusma, uyuşma, baş dönmesi gibi başka yakınmaları var mı?
Ağrı genelde günün hangi saatinde oluyor ?
Ağrının başlayacağını işaret eden belirtiler var mı?
Ağrılar için hiç ilaç aldı mı?
Ağrıyı etkileyebilecek başka tıbbi sorunları var mı?
Gece ağrı ile uyanıyor mu?
Ailede başka baş ağrısı olan var mı?
Baş ağrısı sırasında hiç kan basıncı ölçüldü mü?

Nörolojik inceleme ayrıntılı yapılmalıdır. Beyin tümörü olan çocukların %98'inde bilinç değişiklikleri, gözlerde anormal hareket, optik diskte ödem, motor ya da duyu kusuru, koordinasyon bozukluğu ve anormal derin tendon refleksi gibi nörolojik bulgulara rastlanmıştır. Ayrıca kan basıncı ölçümü kesinlikle yapılmalıdır.

Çocuklarda Baş Ağrısının Sınıflaması

A. Akut baş ağrısı; ani başlayan, şiddeti artan tek atakla kendini gösterir. Lokalize ise sinüzit, otit, travma, diş, göz ve temporomandibuler eklem işlev bozukluğu, ilk migren atağı olabilir. Yaygın ise sistemik enfeksiyon, ateş, travma, hipertansiyon, hipoglisemi, vaskülit, MSS enfeksiyonu, kanama, lomber ponksiyon sonrası, elektrolit bozukluğu ve ilk migren atağı olabilir.

B. Akut yineleyici baş ağrısı; aralarda belirti olmadan, yineleyici niteliktedir.

1. Migren

Çocuklarda akut yineleyen baş ağrısının en sık nedenidir. Son 20 yılda çocuklardaki migren prevalansında belirgin artış olmuştur. Yedi yaşından küçük çocuklarda migren prevalansı %1-3, 15 yaşında ise bu oran %5-10'dur. İlk üç yaşındaki çocuklarda da migren tipi baş ağrıları görülebilir ama belirtilerin tanınması zordur.

Migren, ilk yedi yaşta erkek çocuklarında sıkken, 7-11 yaşları arasında kız/erkek oranı eşitlenir; 11 yaşından sonra ise kızlarda üç kat daha fazla görülür.

Migrende baş ağrıları ataklarla seyrederek huzursuzluk, keyifsizlik, başını sallama, başını tutma, ışığa ve sese duyarlılık baş ağrısının göstergeleri olabilir. Ağrı retroorbital, frontal, temporal bölgede, sıklıkla çift taraflı ve zonklayıcıdır. Bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi ağrıya eşlik edebilir. Ağrıyı stres, yorgunluk, kafa travması, açlık, gürültü, egzersiz, hastalık, soğuk hava başlatabilir.

a. Auralı migren: Klasik migrende, lokalize ya da yaygın ağrıyla birlikte duyuşsal, motor ve görsel belirtiler aura olarak tanımlanır. Aura genellikle baş ağrısından 30-60 dakika önce görülür. Çocuklarda görülen en yaygın aura

tipleri solukluk, keyifsizlik, huzursuzluk, anoreksi ya da görme bozukluğudur.

b. Aurasız migren (basit migren): Çocuklarda görülen migren ataklarının %85'ini oluşturur. Prodrom devresinde öfori, depresyon, huzursuzluk, letarji, aşırı susama, solukluk olabilir. Ağrı sırasında gözlerin altında koyu halkalar gelişir. Birçok çocukta ağrı sırasında karında rahatsızlık duygusu, kusma olur. Baş ağrısı 1-72 saat sürebilir. Daha uzun sürerse "status migrainosis" olarak adlandırılır. Hasta, ciddi ağrıdan sonra 8-10 saat uyuyabilir. Migren öncesinde, sırasında, sonrasında nörolojik inceleme normaldir. Uluslararası baş ağrısı komitesinin aural ve aurasız migren tanımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı:

Kas kontraksiyonları nedeni ile gelişir. Bazı ataklar 30 dakika gibi kısa süreli olsa da bir hafta süren ağrı olabilir. İki yanlı basınç yapan ve sıkıştıran özellikte, hafif-orta şiddette, fiziksel aktivite ile artmayan özellikte en az 10 atak olmalıdır. Ağrı ile birlikte bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi görülmez.

3. Küme Tipi Baş Ağrısı:

Çocuklarda ve adolesanlarda çok seyrek görülür. İlk belirti tek taraflı ve göz arkasında ortaya çıkan ağrıdır. Bu hastalar nöbetler sırasında dolaşım durur ve ender olarak bulantı ve kusma görülür. Bununla birlikte, gözlerde kızarma, yaşarma, burun akıntısı, Horner sendromu gibi hemikranial otonom işlev bozuklukları gelişir.

4. Temporomandibuler Eklem Ağrısı:

Sıklıkla kulağın ön ve alt kısmında tek taraflı çene ağrısı biçiminde görülür. Ağrı yemekle, sakız çiğnemekle, diş gıcırdatmakla

ya da esnemekle artar. Hastalar çenede bir tıklama ya da kilitlenme tanımlayabilir.

5. Paroksizmal Hemikranya:

Yoğun periorbital ağrı atakları 5-30 dakika sürer ve günde yaklaşık 12 kez oluşur. Küme tipi baş ağrılarına benzemesine karşın, lakrimasyonun olması, rinorenin olmaması tipiktir. Hastayı uykudan uyandırabilir ve ani kafa hareketleri atağı uyandırabilir. Paroksizmal hemikranya, indometazine duyarlı baş ağrısı olarak da adlandırılır.

6. Oksipital Nevralji:

Özelliği boyunda ve oksipital bölgede bıçak saplanır tarzda ağrıdır. Boyun fleksiyonu ve başın rotasyonu sıklıkla ağrıyı artırır. Travma sonrası oluşabilir. Kranioservikal bölge incelemesinde; noktasal duyarlılık, C-2'nin dağılımında his kusurları ve hareket kısıtlılığı vardır. Kranioservikal MRG doğumsal ya da patolojik anomalilerin ayırımı için gereklidir.

C. Kronik ilerleyici baş ağrısı; sıklığı ve şiddeti giderek artan niteliktedir. Tüm baş ağrıları içinde en kötü prognozu olan bu tiptir ve psödötümör serebri, kitle lezyonları, tümör, abse, subdural hematoma, hidrosefali, baş ağrısının nedeni olabilir.

D. Kronik ilerleyici olmayan baş ağrısı; sürekli ve şiddeti sabittir. Kas kasılması, sarsıntı sonrası sendromu, konversiyon, depresyon, stres, tembellik, okul fobisi baş ağrısının nedeni olabilir.

E. Karma tip baş ağrısı; Kronik ilerleyici olmayan baş ağrısı üzerine binmiş akut yineleyen baş ağrısı olarak tanımlanabilir. Migren bu grup için tipik bir örnektir.

Çocuklarda Baş Ağrısı Yönetimi

Eğer öykü ve fizik inceleme akut sinüzit düşündürüyorsa sinüs grafisi, organik bir

Tablo 2. Uluslararası baş ağrısı komitesinin aural ve aurasız migren tanımı

Aurasız migren tanımı	Aural migren tanımı
<ul style="list-style-type: none">- En az beş baş ağrısı atağı- Atakların 1-48 saat arasında sürmesi- Ağrının aşağıdaki özelliklerden en az ikisini içermesi;<ul style="list-style-type: none">* bilateral ya da unilateral ağrı (frontal ya da temporal)* zonklayıcı* orta ya da şiddetli ağrı* günlük fiziksel aktivitelerle şiddetinde artış olması	<ul style="list-style-type: none">- En az iki atak- Aşağıdakilerden en az üçünün olması;<ul style="list-style-type: none">* Bir ya da daha fazla fokal kortikal ve/ya da beyin disfonksiyonu gösteren reversibl aura belirtileri* En az 4 dakikadan uzun süren bir aura ya da ardarda oluşan ikiden fazla semptom* Auranın 60 dakikadan kısa sürmesi* Baş ağrısının 60 dakikadan kısa sürmesi
<ul style="list-style-type: none">- Aşağıdaki semptomlardan en az birinin eşlik etmesi;<ul style="list-style-type: none">* mide bulantısı ve /ya da kusma* fotofobi ve /ya da fonofobi	

Tablo 3. Baş ağrısı olan çocuklarda kraniyal görüntüleme endikasyonları

Akut baş ağrısı	Ataksi
Hayatındaki en kötü ağrı	Anormal derin tendon refleksleri
Gürültülü baş ağrısı	Ventrikülo peritoneal şant varlığı
Kronik ilerleyici baş ağrısı	Nörokutanöz sendrom varlığı
Fokal nörolojik bulgu	3 yaşından küçükler
Papil ödem	Baş ağrısı ve uyanırken kusma
Anormal göz hareketleri	Değişken lokalizasyonlu baş ağrısı
Hemiparezi	Meningeal bulgular

neden düşünüldüğünde kraniyal görüntüleme yapılmalıdır. Kranyal görüntüleme endikasyonları Tablo 3'te verilmiştir.

Çocuklarda baş ağrısının değerlendirilmesinde EEG'nin kullanımı sınırlıdır. Eğer baş ağrısı bilinç değişikliği ya da istemsiz hareketler ile birlikte ise kompleks parsiyel nöbetlerden ayırım için EEG gereklidir. Baş ağrısının yanında ateş ve ense sertliği varsa menenjit ayırt etmek için lomber ponksiyon yapmak gerekir.

Tedavide ilk yapılması gereken; hastanın güvenini kazanmak ve ciddi nörolojik hastalık olup olmadığını saptamaktır. Hasta ve ailenin eğitimi baş ağrısını kontrol etmede önemli anahtarlardır. Aile ile birlikte baş ağrısı takvimi oluşturulmalı ve bu takvimin, ağrının oluşma sıklığı hakkında bilgi verebileceği ve baş ağrısı tetikleyicilerini bulmada yararlı olacağı anlatılmalıdır. Bu tetikleyicilerin ekarte edilmesi migreni önlemede en önemli stratejidir. Çikolata, kafein, monosodyum glutamat, hormonlar, menstrüasyon, ovulasyon, hava değişimleri, uykusuzluk, yemek takvimi değişimleri, aşırı ışık, stres migreni tetikleyebilir. Tetikleyicilerden sakınılması tüm migren ataklarını yok etmeyebilir ama sıklığı azaltabilir. Adolesanlar eğer sigara ve alkol kullanıyorsa bunlar kesilmelidir.

Çocuklarda akut, nontravmatik baş ağrılarının çoğu birinci basamakta kolaylıkla tedavi edilebilen üst solunum yolu enfeksiyonu, sinüzit ya da migren gibi hastalıkların sonucudur. Tedavide ilk yapılması gereken, çocuğu dinlenebileceği sessiz, karanlık bir odaya alıp, alınına ıslak bir bez yerleştirmektir. Uyku çoğunlukla en etkili tedavidir. Farmakolojik tedavide semptomatik ya da profilaktik yaklaşım vardır. Analjezik, antienflamatuvar, antiemetik ilaçların kullanımı semptomatik tedavide önerilir. Asateminofen (10-15 mg/kg/doz, 4-6 doz) ve ibuprofen (7.5-10 mg/kg/doz, 2-3

doz) sıklıkla ilk kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçların alternatifi, naproksen sodyum (2,5-5 mg/kg/gün), isometepten ve butalbital içeren ilaç kombinasyonlarıdır.

Migren tedavisinde kullanılan triptanların hiçbiri henüz çocuklarda kullanım onayı almamıştır. Ancak adolesanlarda yoğun denemeler tamamlanmış ve 12-18 yaş arası hastalarda mükemmel güvenlik profilleri gözlenmiştir. Adolesanlarda sumatriptan (0.6 mg/kg/doz), rizatriptan (5-10 mg/doz) ve zolmitriptan (2.5 mg/doz) şiddetli migren ataklarını kontrol amaçlı kullanılabilir. Yetmiş iki saati aşan migren ataklarında triptanlar başarısız kalırsa İV dihidroergotamin uygulanabilir.

Migrenli çocukların %90'ında mide bulantısı ve kusma oluşur ve birçok çocuk kusmayı migrenin en kötü özelliği olarak tanımlar. Ayrıca kusma ve gastrik staz oral analjeziklerin etkisini azaltır. Bu durumlarda antiemetik ilaçların kullanımı belirgin rahatlama sağlar ve baş ağrısı da içinde, tüm belirtileri gidermekte etkilidir. Kullanılan antiemetik ilaçlar promethazin, trimethobenzamide, proklorperazin, metoklopramid ve hidrokizindir.

Migren atakları ayda 3-4 kez olduğunda ve/ya da okul ya da diğer aktiviteleri etkilemeye başladığında, baş ağrısı sıklığını ve şiddetini azaltmak amacıyla profilaktik ilaç kullanılmalıdır. Bu tedavi günlük olarak baş ağrısından bağımsız olarak verilir ve değişik ilaçlar arka arkaya denenebilir. Siproheptadin 0,25-1,5 mg/kg/gün, amitriptilin 0,25-1 mg/kg, yatmadan önce, propranolol 1-2 mg/kg/gün, metoprolol 2-6mg/kg/gün, valproat 10-20 mg/kg/gün, karbamazepin 10 mg/kg/gün, topiramat 5-10 mg/kg/gün, naproksen sodyum 2 x250-500 mg. profilakside kullanılabilir. Üçten fazla profilaktik ilaç denenmiş ve yarar görmemişse, etiolojide depresyon düşünülmelidir. Bu hastalarda ilaç tedavisi yanında, psikolojik destek gereklidir.

Küme tipi baş ağrısında, hasta 5-10 dakika boyunca %100 oksijen soluyarak bazı atakların önüne geçebilir. Bu ağrı tipinde ataklarda verapamil ve sumatriptan, proflekside lityum kullanılabilir.

Oksipital nevralsi tedavisi, yumuşak boyunluk kullanımı, nonsteroidal antienflamatuvar ilaçlar, kas gevşeticiler, lokal enjeksiyonlar ve fizik tedavi içerir.

Kaynaklar

1- Lewis DW.

Headaches in children and adolescents. Am Fam Physician 2002;65:625-32.

2- Rosenblum RK, Fisher PG. A guide to children with acute and chronic headaches. J Pediatr Health Care 2001; 15:229-35.

3- Linde SL, Winne P. Pediatric headache. Med Clin Nort Am 2001;85:1037-53.

4- Ünüvar E, Aydın F. Çocukluk çağında baş ağrısına yaklaşım. Klin Gel 2002;15:138-42.

5- Aji DY. Çocuklarda migren dışı baş ağrısına yaklaşım. Türk Ped Arşivi 2002;37:74-80.