



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Genel Pediatri

Olgu Sunumu

12 Kasım

2019

Dr. Murat Sağlam

İnt.Dr. Muhammet Yaşar

Kalyoncu



Olgu

- 14 yaş kız hasta
- Yaklaşık 16 aydır başının ön kısmında daha fazla olmak üzere zonklayıcı tarzda baş ağrıları nedeniyle genel pediatri polikliniğimize geldi.

Olgu

- Hikayesinde onaltı aydır ,ayda birkaç kez 1-2 saat kadar sürebilen zonklayıcı tarzda baş ağrıları oluyormuş. Baş ağrısı ataklarına bulantı, kusma, ışık ve sese karşı duyarlılık eşlik ediyor. Gürültü , yorgunluk ve stres ile şikayetleri artıyormuş.
- Baş ağrıdığı zamanlar sessiz ,karanlık bir oda da uyumak ile geçiyormuş.

Özgeçmiş

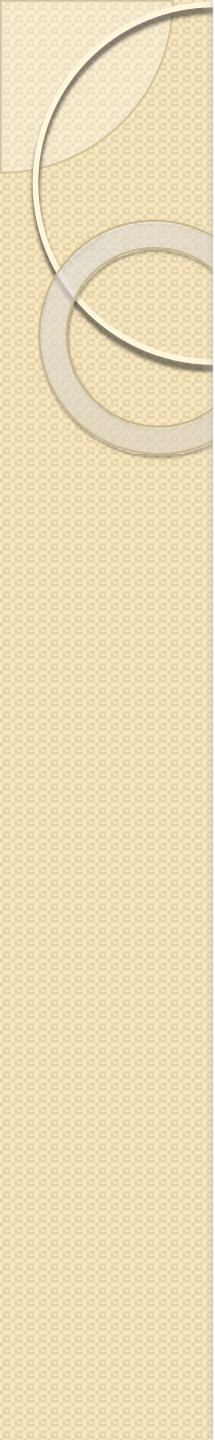
- Doğum öncesi: Annenin 1. gebeliği
- Doğum: 38 GH, 3300gr NSVY ile doğmuş.
- Doğum sonrası: Özellik yok
- Aşıları: tam Alerji: yok.
- Geçirdiği operasyon yok.
- Bilinen hastalığı yok.

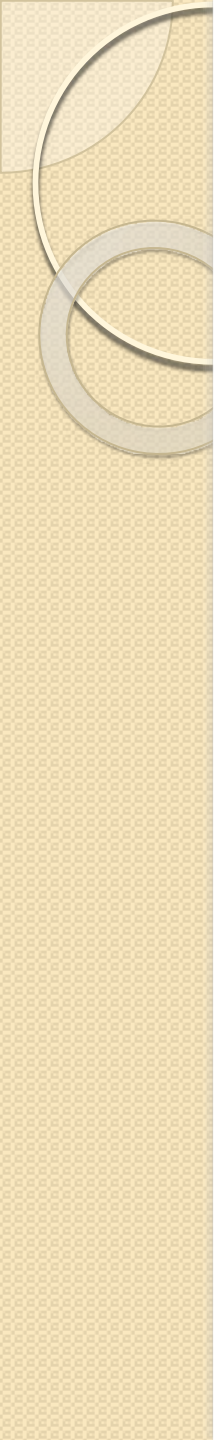
Soygeçmiş

- Anne: 28 yaş sağ-sağlıklı
- Baba : 38 yaş sağ-sağlıklı
- Anne baba arasında akrabalık yok.
- Anne migren varmış
- 1. çocuk: hastamız

Fizik Bakı

- Genel durum: iyi, bilinci açık
- TA: 100/65 (25-50 per)
- Cilt: Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, peteşi, purpura, siyanoz yok. Hipopigmente leke yok.
- Baş-Boyun: Saçlı deri normal. Boyunda kitle, lap yok. Tiroid nonpalpable.
- Gözler: Işık refleksi her iki gözde alınıyor. Pupiller izokorik. Konjonktivalar ve skleralar doğal. Göz kürelerin her yöne hareketi doğal.
- KBB: Özellik yok.
- Solunum Sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Dinlemekle ral, ronküs duyulmadı.

- 
- Nörolojik Sistem: Bilinç açık. Koopere, oryante, çevreyle ilgili. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal. DTR ler 4 ekstremitede alınıyor, distale yayılım yok. Kas gücü 5/5. Serebellar muayenesi normal.
 - Dolaşım Sistemi: S1, S2 doğal. S3 yok. FAN her iki ekstremitede var. KTA 5.interkostal aralıkta.
 - GİS: Defans, Rebound yok.
 - Genitoüriner Sistem :Haricen kız.Anomali yok. Suprapubik hassasiyet yok.
 - Ekstremiteler: Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

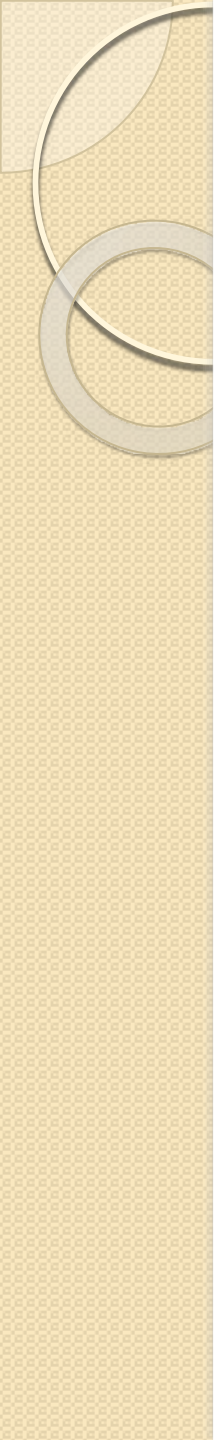


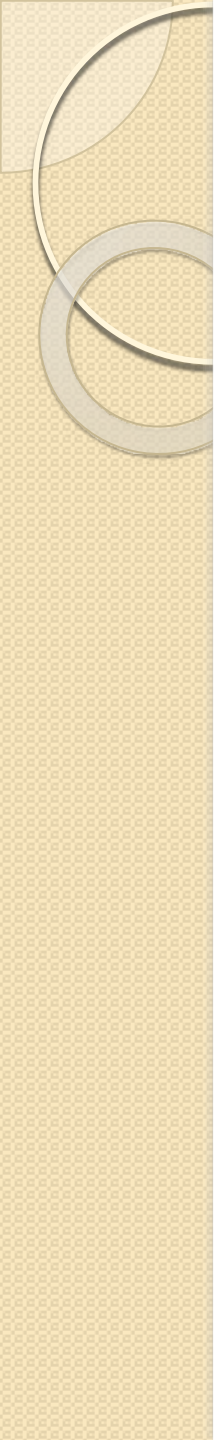
□ TANINIZ NEDİR?



BAŞ AĞRISI

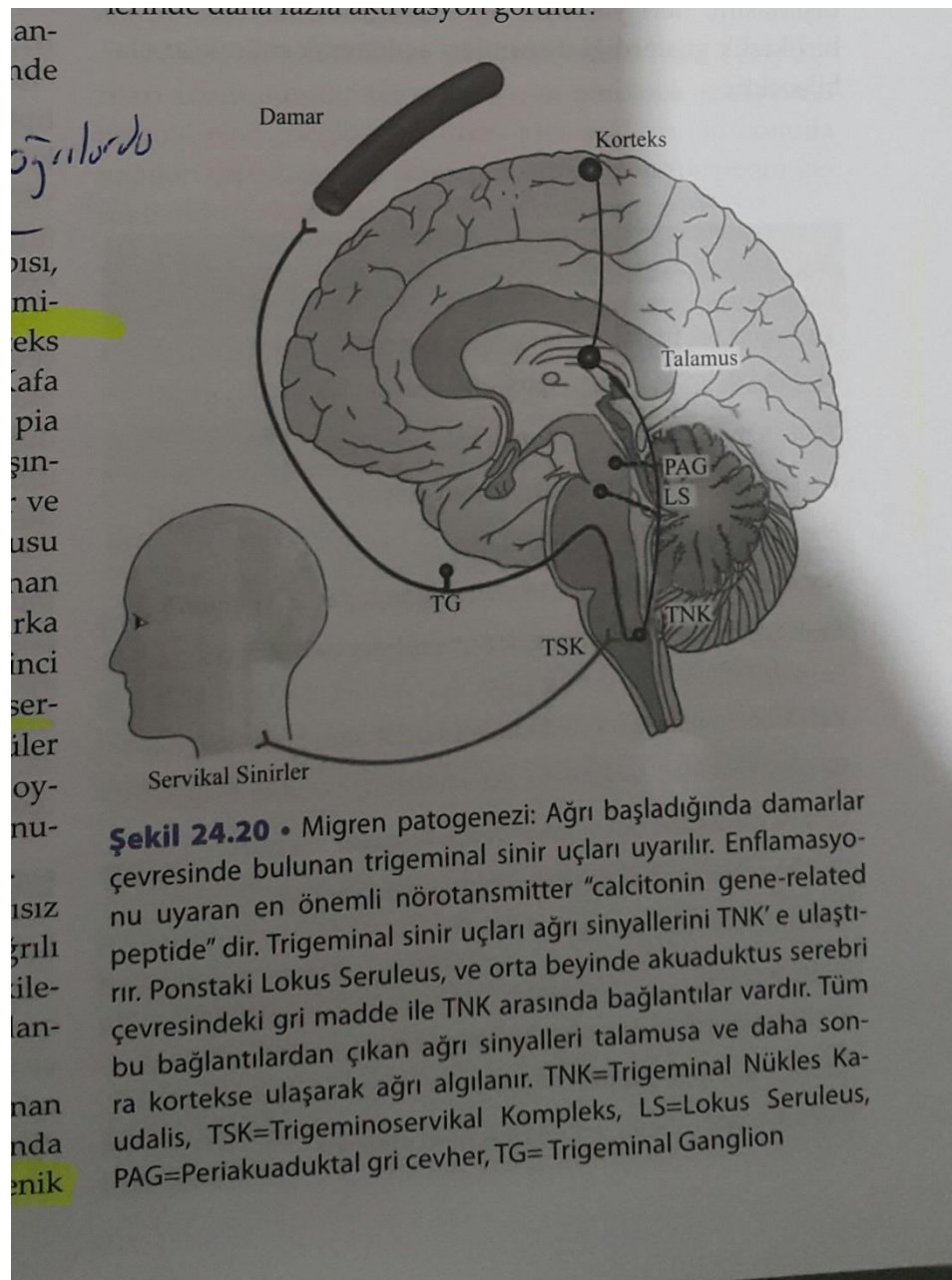
- Baş ağrısı çocuk ve ergen yaş grubunda sık görülen, hastayı ve aileyi oldukça tedirgin eden bir belirtidir.
- 8-15 yaşları arasında %57-82 oranında görülebilmektedir.

- 
- Çalışmalar genellikle prevalansın yaşla birlikte özellikle ergenlikten sonra arttığını , kızlarda daha sık görüldüğünü, belirli bir bölgesel dağılım olmadığını göstermektedir.

- 
- Ülkemizde son yıllarda yapılan bir çalışmada 9-18 yaş arasında tekrarlayan baş ağrısı sıklığı %39,4 olarak bulunmuştur ki %10 prevalans ile çoğunluğunu migren oluşturur. (Bektaş Ö ve arkadaşları *Cephalalgia* 2015)

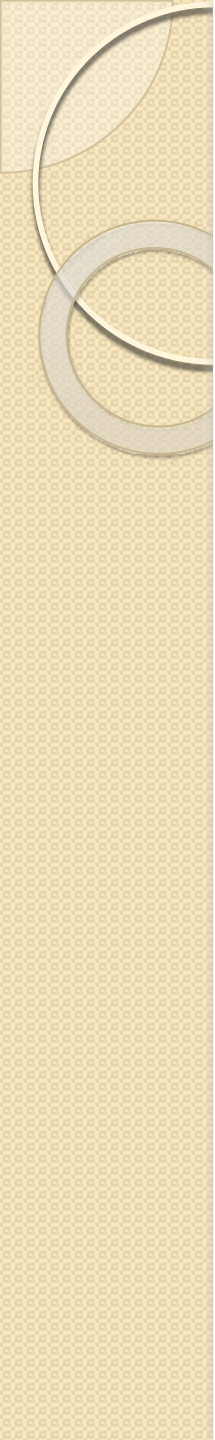
PATOGENEZ

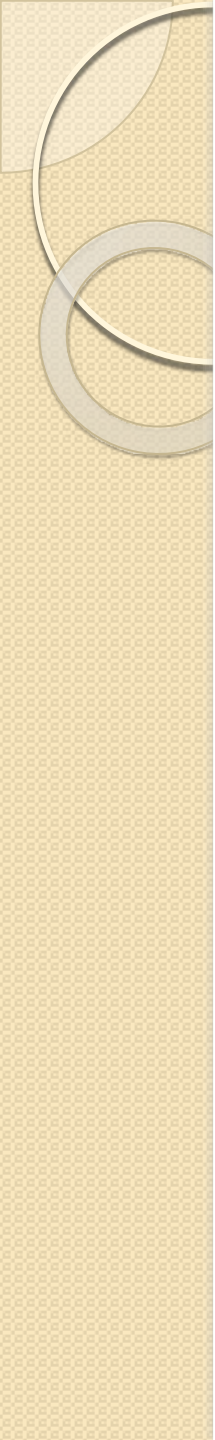
- Primer baş ağrısı patogeneğinde:
- Başın anatomik yapısı,
- Trigeminal sinirin oftalmik dalının uyarılması,
- Trigeminal nükleusun özellikleri,
- Talamus ,beyin sapı, korteks bağlantıları sonucu ağrının algılanması önemlidir.

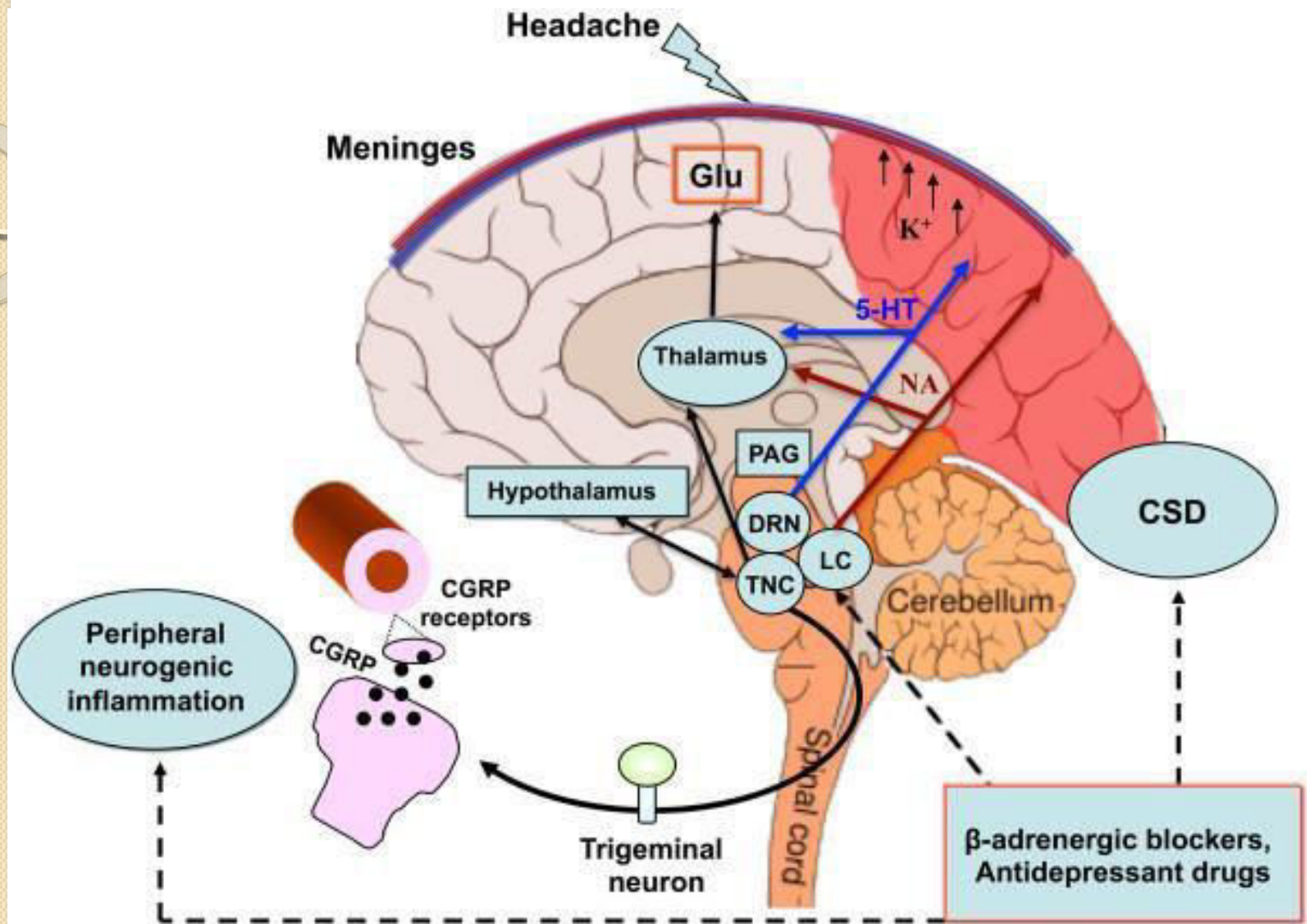


- 
- Trigeminal sinirin uyarımıyla ağrı duyusu trigeminal gangliona ve oradan beyin sapında bulunan **trigeminal nukleus kaudalise (TNK)** iletilir.
 - TNK'e arka fossadan kaynaklanan ağrıları taşıyan birinci ve ikinci servikal sinirler de katılır ve ağrı sinyallerinin yayılmasında önemli rol oynayan “**trigeminoservikal kompleks**” oluşur.

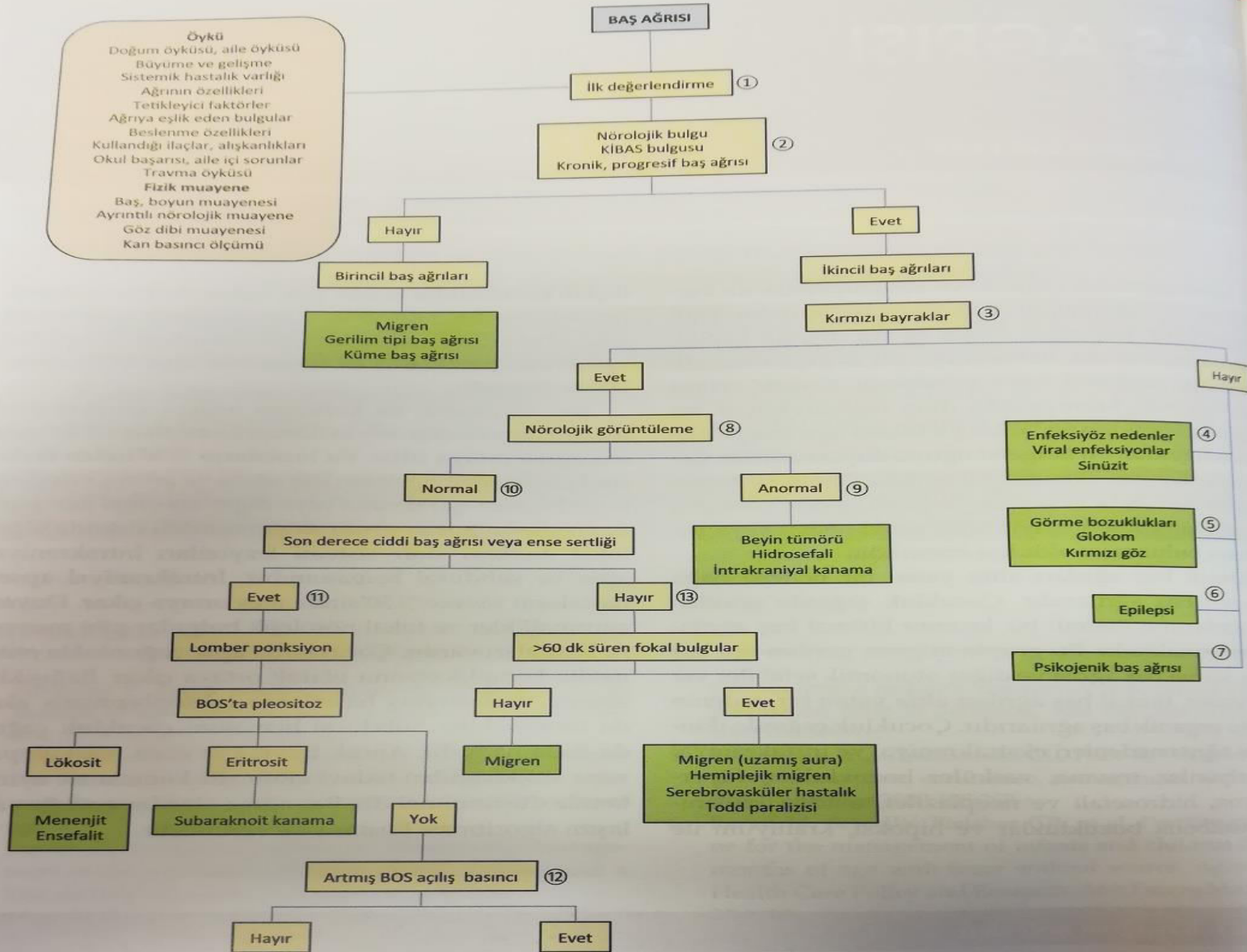
- 
- Migren atağını başlatan, damarlar çevresinde bulunan trigeminal sinir uçlarının uyarılmasıdır.
 - Kan akımında artış ve proteinlerin damar dışına sızmasıyla bir **nörojenik enflamasyon** oluşur.

- 
- Bu sırada açığa çıkan en önemli nörotransmitter “calcitonin gene-related peptide”dir.
 - Trigeminal sinir uçları ağrı sinyallerini TNK’ya ulaştırır.

- 
- Lokus seruleus ve periakvaduktal gri cevher ile T N K arasında bağlantılar vardır.
 - Tüm bu bağlantılardan çıkan ağrı sinyalleri talamusa ve daha sonra da kortekse ulaşarak ağrı algılanır.

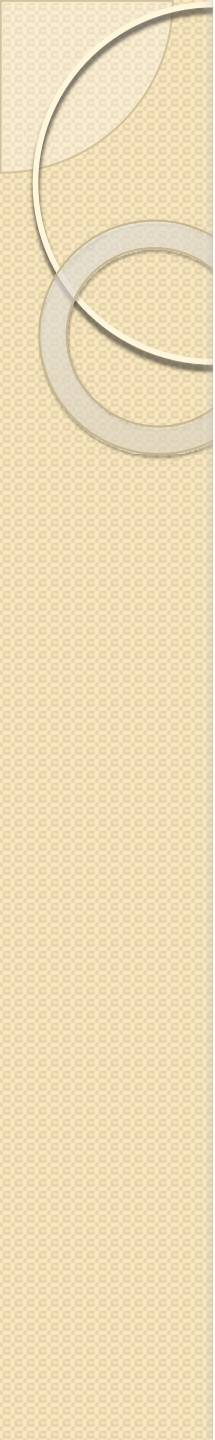


□ Original brain template was designed by Patrick J. Lynch, medical illustrator and C. Carl Jeffe, MD, cardiologist.



Baş ağrılı hastaya ne soralım?

- ☐ Baş ağrısı tek tip mi yoksa farklı tiplerde mi?
- ☐ Nasıl başladı ? Ne zaman başladı?
- ☐ Aralıklı mı, ilerleyici mi, aynı mı kalıyor?
- ☐ Ne sıklıkta oluyor? Ne kadar devam ediyor?
- ☐ Nerede oluyor? Şiddetine?
- ☐ Nasıl bir tipte? (zonklayıcı, sıkıştıncı, iğne batartarzda...)
- ☐ Eşlik eden bulgular var mı? (bulantı- kusma, ışık-ses rahatsızlığı, uyuşma)
- ☐ Belirli bir zamanda mı ya da belirli şartlar altında mı oluşuyor?
- ☐ Belirli yiyecekler, ilaçlar, aktiviteler, dış şartlarla ilgili mi?
- ☐ Ortaya çıkmadan önce haber veren bulgular var mı?
- ☐ Ek şikayetler var mı? Başka bir tıbbi sorun var mı?
- ☐ Kullanılan bir ilaç var mı?
- ☐ Nasıl geçiyor?
- ☐ Kötüleşmesine neden olan herhangi bir şey var mı?
- ☐ Ailede baş ağrısı var mı?
- ☐ Günlük hayatı, okulu, etkinlikleri nasıl etkiliyor?

- 
- Fizik muayenede ateş, kan basıncı, cilt bulguları, baş çevresi dikkate alınmalıdır.

 - Nörolojik muayenede:
 - Bilinç ve mental durum,
 - kafa sinirleri,
 - göz dibi,
 - motor ve duysal muayene ,
 - meningeal irritasyon bulguları,
 - koordinasyon muayenesi,
 - yürüyüş muayenesi özellikle önemlidir.

 - Öykü ve fizik muayene sonucunda “alarm bulguları” olarak adlandırılan dikkat edilmesi gereken durumlar vardır.

Baş Ağrılı Çocukta Alarm Bulguları

- Ani başlayan şiddetli baş ağrısı
- Yakın zamanda (1-2 aydan daha önce) başlayan şiddetli baş ağrısı
- Süregen ilerleyici baş ağrısı
- Anormal nörolojik muayene (bilinç değişikliği, taraf veren bulgular, papilödem, meningeal iritasyon bulguları, yürüyüş anormallikleri, deri bulguları vb.)
- Nörolojik bozukluk (tipik aura bulgusu olarak değerlendirilemeyen) (bilişsel işlevlerde gerileme, kişilik değişikliği gibi)
- Sabah uyandığında olan veya gece uykudan uyandıran ağrı
- Sabah veya gece kusmaları
- Nöbet geçirme
- Baş ağrısının valsalva manevrası ile artması

- **Göreceli alarm bulguları:**

- Yaşın küçük olması (genellikle 3 yaş altı)
- Eşlik eden hastalıklar(malignansi,pıhtılaşma bozuklukları gibi)
- Ağrının yerini tam belirtememe veya oksipital baş ağrısı
- Ağrının karakterini tam olarak belirtememe
- Geçirilmiş kafa travması
- Birincil baş ağrısı tanısı almış hastada ağrının karakterinin değişmesi

Baş Ağrısının Başlangıç Şekli ve Seyrine Göre İpuçları

- **Ani(akut) başlangıçlı:**
 - Önceden yakınma olmaksızın ilk defa olan baş ağrısı.
 - İkincil baş ağrıları dışlanmalı.
 - Çocuklarda en sık neden ÜSYE bağlı ikincil baş ağrılarıdır.
- **Ani başlangıçlı -Tekrarlayıcı(Akut-Rekürren):**
 - Ağrısız geçen dönemler vardır.
 - Migren, gerilim tipi gibi birincil baş ağrıları bu gruptadır.
 - Nadir olarak epilepsi ile ilişkili,tekrarlayıcı travmaya bağlı, madde bağımlılığına bağlı olabilir.

- **Süregen artıcı (kronik progresif):**
- Baş ağrısının sıklık ve şiddeti giderek artar.
- Kafa içi basınç artışına neden olan durumlar; beyin tümörü, hidrosefali, kafa içi ve meninks enfeksiyonları, subdural sıvı toplanması gibi ikincil baş ağrıları araştırılmalıdır.

- **Süregen artmayan(kronik nonprogresif) veya süregen günlük baş ağrısı):**
- 4 ay veya daha uzun zamandır ,ayda 15ten fazla 4 saat ve üzerinde süren baş ağrılarıdır.
- Nörolojik muayene normaldir.
- Psikolojik faktörlerle birlikte olabilir ve altta yatan ikincil bir neden olabileceğine dair aile ve çocukta büyük bir endişe vardır.

- **Karışık:** Ani başlangıçlı ve tekrarlayıcı baş ağrılarının (genellikle migren) üzerine süregen günlük baş ağrısı gibi değerlendirilebilir.

Tablo 2. Nöroradyolojik görüntüleme yapılmasını gerektiren kırmızı bayraklar

- Kısa süre içinde tek veya tekrarlayan şiddetli baş ağrısı
- Kronik progresif ağrı ya da ağrının karakterinin değişmesi
- KIBAS düşündürülen ağrı ya da KIBAS bulgusu (sabah erken saatlerde ağrı, kusma, uykudan ağrı ile uyanma, sabah kusmaları, öksürme ile ağrının artması)
- Eşlik eden semptomlar (kişilik, huy, davranış, bilinç değişikliği, görme bozuklukları, ateş, nöbet)
- Nörokutanöz hastalık ya da sistemik hastalık öyküsü varlığı (hiperkoagülopati), kafa travması öyküsü
- 3 yaşından küçük çocuk
- Nörolojik bulgu varlığı

Baş ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması-3

A. Primer başağrıları

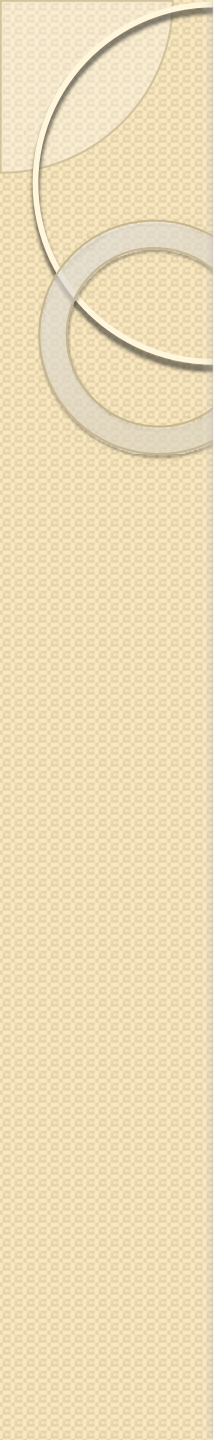
- 1. Migren
- 2. Gerilim-tipi başağrısı
- 3. Küme başağrısı ve diğer trigeminal otonomik başağrıları
- 4. Diğer primer başağrıları

B. Sekonder başağrıları

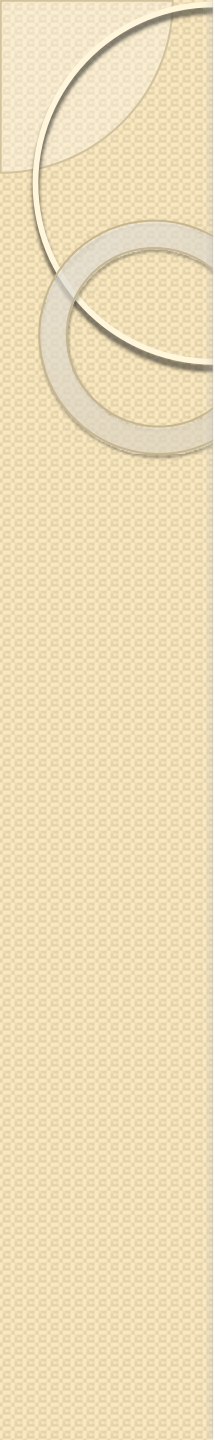
- 5. Baş ve/veya boyun travmasına bağlanan başağrıları
- 6. Kraniyal ya da servikal damarsal bozukluklara bağlanan başağrısı
- 7. Vasküler olmayan kafa içi bozukluklarına bağlanan başağrısı
- 8. Madde (kullanımı) ya da kesilmesine bağlanan başağrısı
- 9. Enfeksiyona bağlanan başağrısı (sinir sistemi veya sistemik)
- 10. Homeostazis bozukluğuna bağlanan başağrısı
- 11. Kraniyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ya da diğer yüz veya kraniyal yapılara bağlanan başağrısı ya da yüz ağrısı
- 12. Psikiyatrik bozukluklara bağlanan başağrısı
- 13. Kraniyal nevrалjiler ve santral yüz ağrısının nedenleri
- 14. Diğer başağrısı, kraniyal nevrалji, merkezi veya primer yüz ağrısı

MİGREN

- En sık görülen birincil baş ağrısıdır.
- Aralıklı olarak ortaya çıkar. Ataklar arasında hastanın yakınması yoktur.
- Ataklardan önce öncül belirtiler olabilir. Bunlardan en fazla görüleni davranış değişikliği, yorgunluk, aktiviteden kaçmadır. Bu evre saatler veya günler sürebilir.
- Ağrı temporal veya frontal bölgede ,zonklayıcı ,vurucu özellikte tarif edilir.
- Büyük çocuklar veya erişkinlerde genellikle tek ancak çocukların çoğunda iki taraflı ve frontaldır. Başladıktan sonra karşı tarafa yer değiştirebilir, servikal bölgeye doğru yayılabilir.
- Etkinlik ve hareket ağrıyı artırır.

- 
- Küçük çocuklarda oyunu bırakma, sessiz kalma, soluklaşma, kusma, davranış değişikliği, uyumayı isteme gibi davranışlar görülebilir.
 - Bulantı , kusma, karın ağrısı, baş dönmesi, ekstremitelerde soğukluk, yüzde kızarma veya solukluk, burunda tıkanıklık, akıntı, gözde yaşarma gibi bulgular eşlik edebilir.
 - Genellikle ağrılarınin geçmesi için karanlık sessiz bir odada dinlenmek, gözlerinin kapatmak hatta uyumak isterler.
 - Kusma ile rahatlayabilirler.
 - Baş ağrısı saatler günler sürebilir.

- 
- %60 genetik faktörler %40 genetik dışı faktörler etkilidir.
 - **Genetik dışı tetikleyici etmenler:**
 - Yaş
 - Cinsiyet (Kızlarda fazla)
 - Eşlik eden durumlar (depresyon, epilepsi, inme, kafa travması)
 - Stres
 - Stresten kurtulma
 - Uykusuzluk-yorgunluk
 - Egzersiz
 - Yolculuk
 - Enfeksiyonlar
 - Kokular
 - Nitrit, feniletamin, monosodyum glutamat içeren yiyecekler
 - Kafein

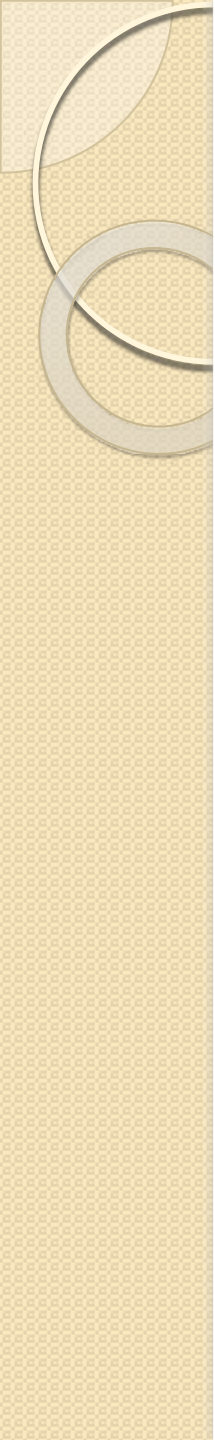
- 
- Migrenli çocukların %80inde ailede migren öyküsü vardır.
 - Çocuk ve ergenlerde bütün migren ataklarının %60-85i aurasız migrendir.

GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

- Genellikle çift taraflı , künt, basınç yapıcı veya sıkıştırıcı özelliktedir.Kafa arkasına ve boyna yayılabilir.
- Hafif veya orta şiddetlidir.
- Fiziksel etmenle artmaz ve ışığa ,ses duyarlılık nadirdir.
- Tetikleyici faktörler migrene göre daha az görülür. Uykusuzluk ve stres en önemli tetikleyicilerdir.

TEDAVİ

- Birincil başağrısı düşünölmekle birlikte tam bir tanı koyulamıyorsa acil durumlar dışlandıktan ve acil tedavi verildikten sonra tanı ve tedavi için günce izlemi ile karar verileceğı aileye belirtilir.
- Tedavide amacın ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak olmadığı çocuğun derslerini rahat yapabilmesini, okula gidebilmesini, sosyal etkinliklere katılabılmesini sağlamak olduğı anlatılır.

- 
- Çocukluk çağı baş ağrıları erişkinden farklı olarak kısa süreli ve doğal gidiş olarak kendiliğinden geçme eğilimindedir.
 - Orta veya şiddetli, tekrarlayan, ilerleyici ağrılarda sosyal hayata ve okula etki eden ağrılarda ilaç tedavisi gereklidir.
 - Birincil baş ağrılarında tedavi:
 - 1.Davranış tedavisi,
 - 2.Akut tedavi ve
 - 3.Koruyucu tedavi olarak 3 grupta toplanır.

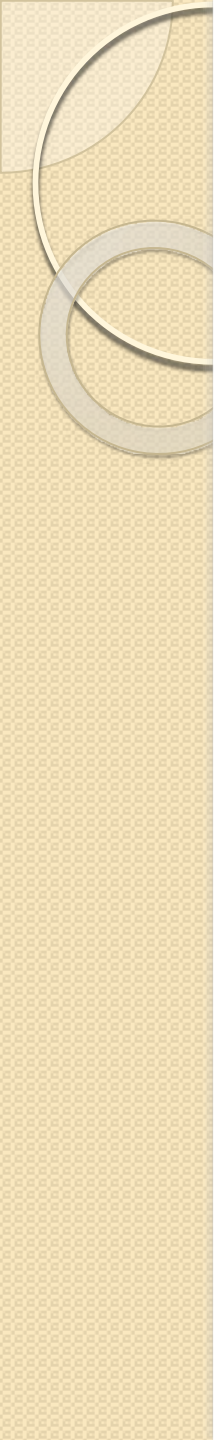
Davranış Tedavisi

- Düzenli beslenmek ,yemek öğünlerini atlamamak
- İyi bir uyku düzeni
- Ödev zamanını ayarlamak
- Baş ağrısını tetiklediği bilinen gıdalardan kaçınmak
- Baş ağrısını tetikleyen ortamlardan kaçınmak (uzun süreli bilgisayar,tv, gürültü)
- Açık havada düzenli egzersiz
- Havasız ortamlardan uzak durmak(okul zamanı açık havaya teneffüse çıkmak)
- Bol su içmek (dehidratasyon ağrısını artırır)
- Biofeedback
- Gevşeme egzersizleri
- Stres yönetimi
- Kilo takibi (özellikle ergenlerde)

Akut Tedavi

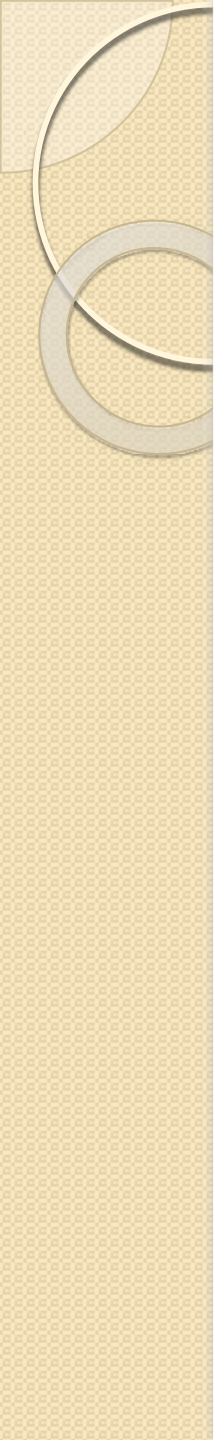
- Non steroid antiinflatuar ilaçlar:
- **İbuprofen** 10mg/kg/doz,
- **Asetaminofen** 10-15mg/kg/doz

- Triptanların çocuk baş ağrısında kullanımı için henüz yeterli bilgi yoktur.Avrupa'da 12 yaş üzeri nazal **sumatriptan** kullanımı onaylanmıştır.AAN tarafından akut migren atağında etkili olduğu belirtilmiştir.

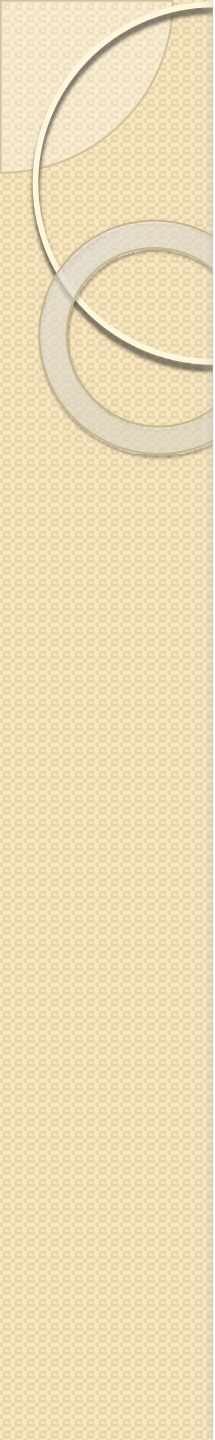
- 
- Antiemetiklerin çocuklarda kullanımı konusunda yapılmış kontrollü çalışma yoktur. Bulantı ve kusmanın çok rahatsız ettiği durumlarda metoklopramid, proklorperazin oral, rektal veya parenteral olarak ve yan etki konusunda uyarılarak verilebilir.
 - Şiddetli ağrı ile başvuran migrenli hastalarda iv sıvı tedavisi, parenteral antiemetik ilaçlar gerekir.

Koruyucu Tedavi

- Hastanın atakları uzun sürüyor, okulu, dersini, sosyal etkinlikleri engelliyor, akut tedaviye rağmen ağrılar tekrarlıyor, eş hastalık varsa ve hasta bir süre izlendikten sonra koruyucu tedaviye başlanmalıdır.
- Genel olarak ayda 3-4 tane işlevsel bozukluğa yol açan migren ağrısı oluyorsa önerilir.
- Tedavinin etkinliğini değerlendirmek için 4-6 ay ,en az 6 hafta beklenir.
- Koruyucu tedavi süresi küçük çocuklarda kısa süre (6-8 hafta) olabilir, büyük çocuklarda 6 aya kadar uzatılabilir veya okul durumuna göre ayarlanabilir.

- 
- Çocukluk çağı baş ağrısı koruyucu tedavisi için kontrollü çalışmalar yetersiz olduğundan öneriler bazı kontrolsüz çalışmalara ve erişkin deneyimlere dayanmaktadır.
 - Sadece **flunarizin** muhtemelen etkili olarak belirtilmiştir.

- 
- Migren koruyucu tedavisinde sık kullanılan ilaçlar:
 - **Siproheptadin** 0,25-1,5mg/kg/gün
 - **Amitriptilin** 5-25 mg/gün
 - **Topiramat** 15 mg/gün başlanarak 8 haftada artırılarak hedef doz 2-3 mg/kg/gün (genellikle en fazla 100 mg/gün)
 - **Valproik asit** 20-40mg/kg/gün
 - **Propranolol** 2-4 mg/kg/gün

- 
- “Childhood and adolescent migraine prevention study” çalışmasında migren koruyucu tedavisinde kullanılacak ilaçlar amitriptilin ve topiramate olarak belirlenmiştir.
 - **Amitriptilin** için hedef doz 1 mg/kg/gün (8 haftada yavaş artırılarak en fazla 100mg)
 - **Topiramate** için hedef doz 2 mg/kg/gün (en fazla 200 mg/gün)
 - Amaç 28 günlük dönemde ağrıda %50 azalma olarak belirtilmiştir.

Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tedavi

- Başlangıç tedavi NSAİİ
- Koruyucu tedavi
- Düzenli egzersiz ve uyku
- Psikiyatrik sorunlar yönünden değerlendirilmeli
- Gevşeme egzersizleri
- Biofeedback

Kronik Günlük Baş ağrısı Tedavisi

- İlk amaç günlük ağrı döngüsünü kırmaktır.
- Koruyucu tedavide:
- Trisiklik antidepresanlar,
- Antiepileptik ilaçlar(topiramet, sodyum valproat, gabapentin),
- Propranolol,
- Kalsiyum kanal blokörleri kullanılır

Prognoz

- Kısa süreli (10 yıldan az) takibe dayanan çalışmalarda çocukluk çağı baş ağrılarının büyük çoğunluğunun düzeldiğine dair sonuçlar elde edilmesine karşın uzun süreli takiplerde sonuçlar bu denli iyimser değildir.
- Çocukluk çağı migreni olan hastaların %70inin migrenlerinin 30 yıl sonra devam ettiği görülmüştür.
- Takip sırasında gerilim baş ağrısı ve migren ağrısı arasında geçişler olabilir.

AKILDA KALMASI GEREKENLER

Baş ağrısı bir hastalık değil bir semptomdur. Ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve gerektiğinde yardımcı laboratuvar yöntemleriyle altta yatan neden veya nedenlerin bulunması oldukça önemlidir.

Çocuğun yaşı ne kadar küçükse altta yatan nedenin ciddi olma olasılığı o kadar yüksektir.

Çocukluk çağında görülen baş ağrılarının en sık nedeni migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi birincil baş ağrılarıdır.

Kronik ilerleyici baş ağrıları en ciddi baş ağrısı nedeni olup ayrıntılı araştırılmalıdır.

Hasta değerlendirilirken kırmızı bayraklar göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lewis DW . Headaches in Infants and Children. In: Swainman KF, Ashwal S, Ferriero DM, Schor NF, editors. Swaiman's Pediatric Neurology. New York: Elsevier Saunders. 2012; e880-e899.
2. Blume HK. Childhood Headache: A Brief Review. Pediatric Annals 2017; 46: 155-5.
3. Özek DG, Atlıhan F, Ünalp A, Uran N, Kutlu A. Çocukluk çağı kronik yineleyen baş ağrılarının etiyojisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2013; 3:153-60.
4. Hershey AD, Powers SW, Winner P, Kabbouche Childhood headaches. In: Hershey AD, Power Winner P, Kabbouche MA, eds. Pediatric Headache Clinical Practice. Wiley-Blackwell 2009; e1-e99.
5. Gofshteyn JS, Stephenson DJ. Diagnosis and Management of Childhood Headache. Curr Probl Pediatr Health Care 2016; 46:36-51.

