



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Genel Pediatri

Olgu Sunumu

2 Nisan 2019

Dr. Murat Sağlam

İnt.Dr.Perihan Demircan

İnt.Dr. Fatma Beyza Güleş



Olgu

- 12 yaş kız hasta
- Yaklaşık iki yıldır başının ön kısmında daha fazla olmak üzere zonklayıcı tarzda baş ağrıları nedeniyle genel pediatri polikliniğimize geldi.

Olgu

- Hikayesinde iki yıldır ayda birkaç kez 2-3 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.
- Başı ağrıdığı zamanlar sessiz , karanlık bir oda da uyumak ile geçiyormuş.

Özgeçmiş

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

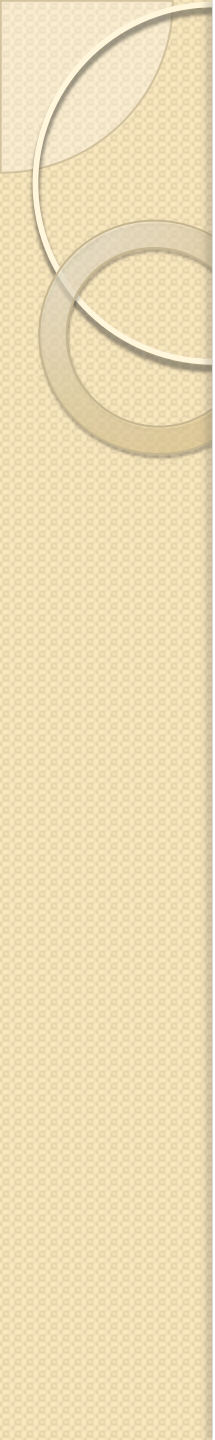
Soygeçmiş

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

Fizik Bakı

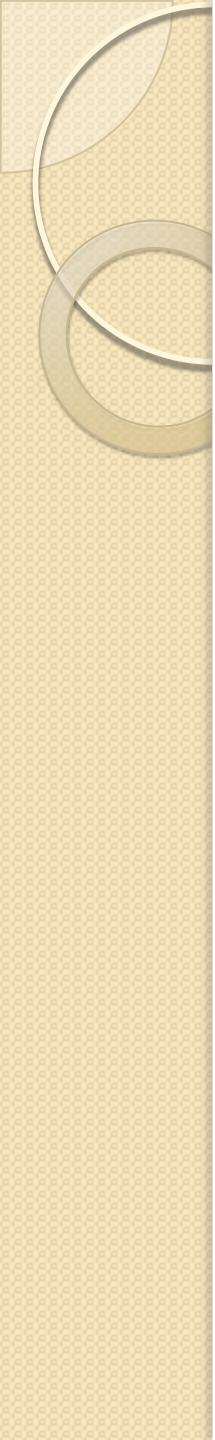
- Genel durum: iyi, bilinci açık
- TA: 100/65
- Cilt: Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, peteşi, purpura, siyanoz yok. Hipopigmente leke yok.
- Baş-Boyun: Saçlı deri normal. Boyunda kitle, lap yok. Tiroid nonpalpable.
- Gözler: Işık refleksi her iki gözde alınıyor. Pupiller izokorik. Konjonktivalar ve 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

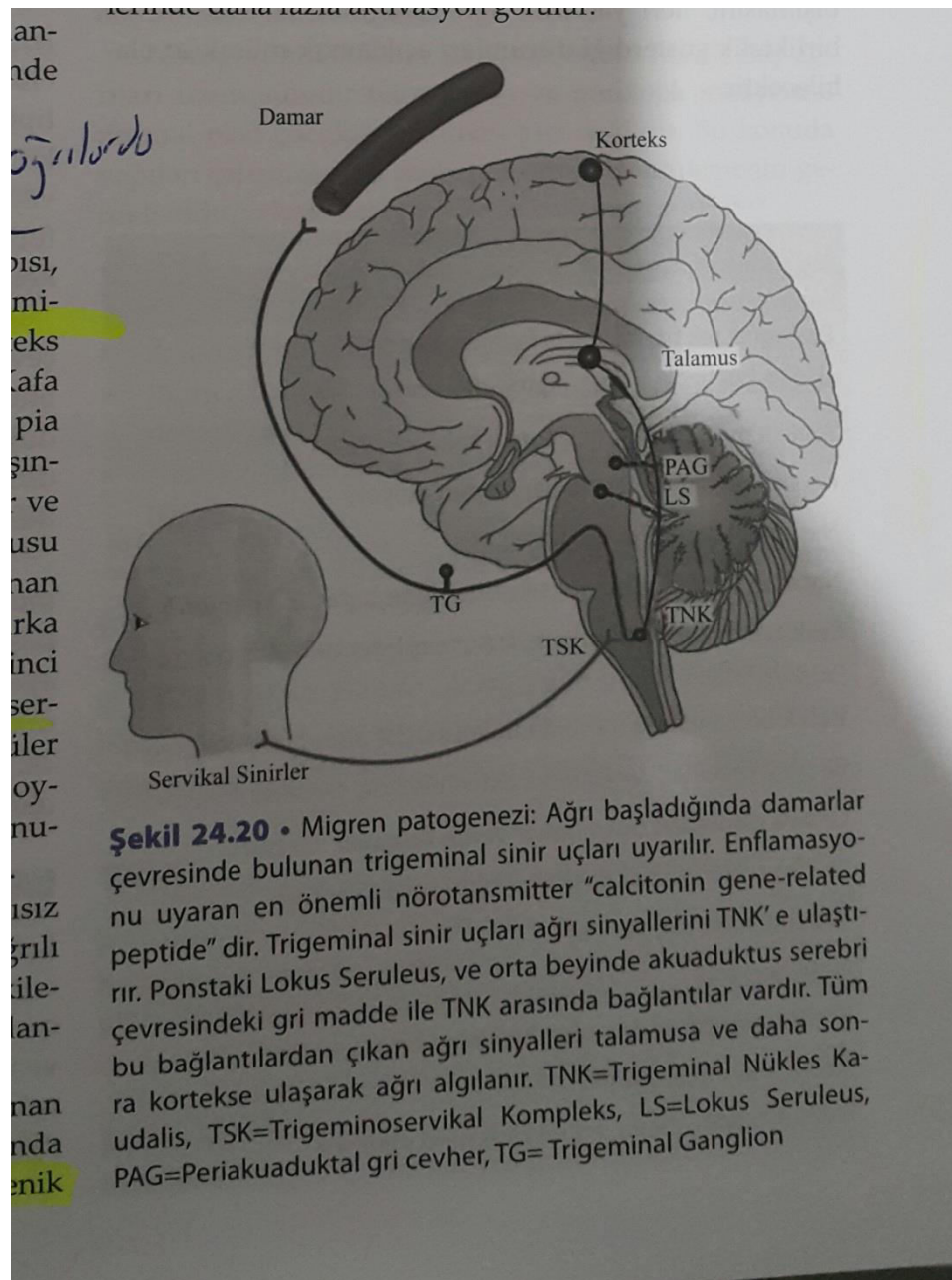
- Baş ağrısı çocuk ve ergen yaş grubunda sık görülen, hastayı ve aileyi oldukça tedirgin eden bir belirtidir.
- 8-15 yaşları arasında %57-82 oranında görülebilmektedir.

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

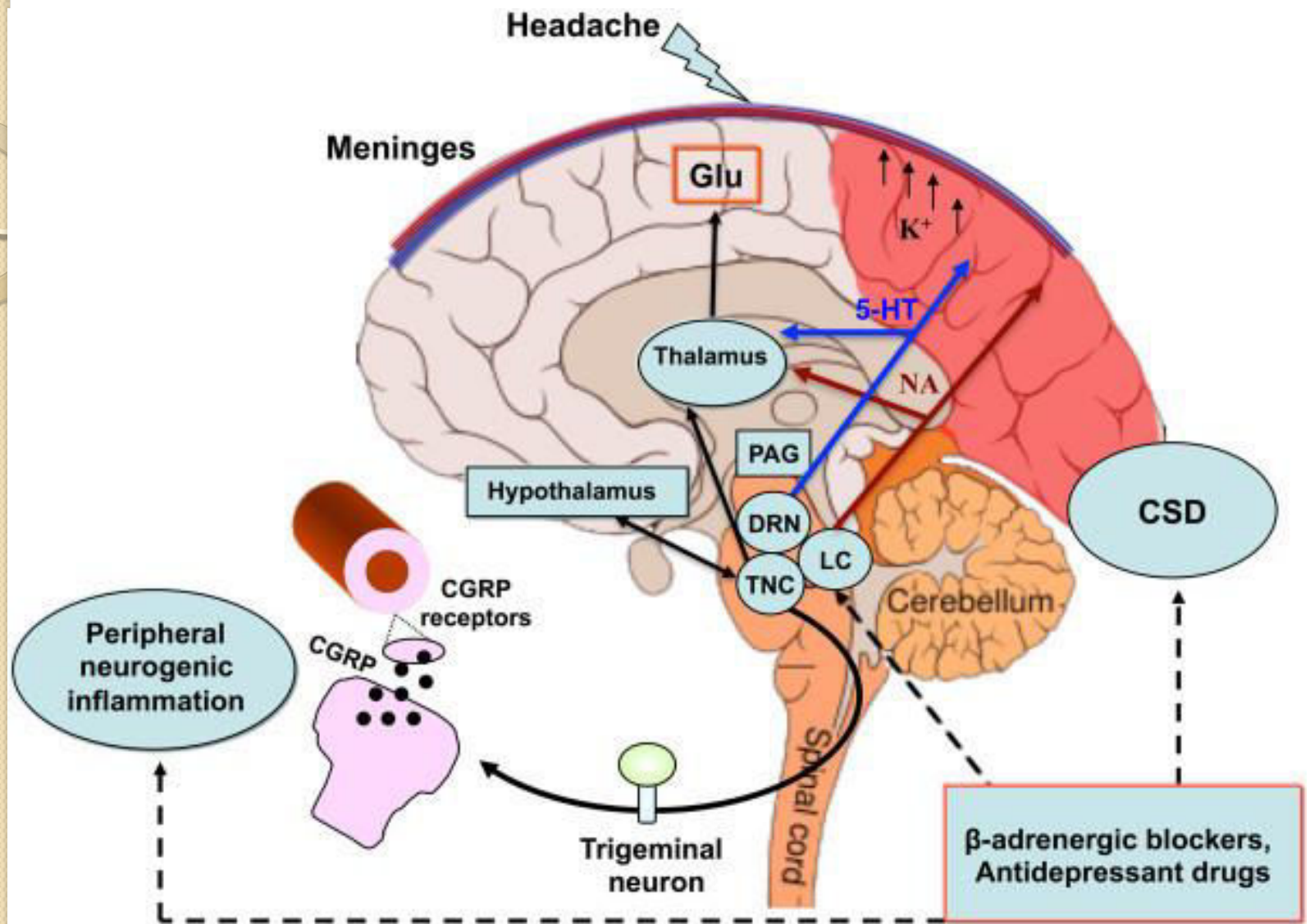


- Trigeminal sinirin uyarımıyla ağrı duyusu trigeminal gangliona ve oradan beyin sapında bulunan **trigeminal nukleus kaudalise (TNK)** iletilir.
- TNK'e arka fossadan kaynaklanan ağrıları taşıyan birinci ve ikinci servikal sinirler de katılır ve ağrı sinyallerinin yayılmasında önemli rol oynayan “**trigeminoservikal 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 periakuaduktal gri cevher ile TNK 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? Şiddeti ne?
- Nasıl bir tipte? (zonklayıcı, sıkıştırıcı, iğne batar tarzda...)
- 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 irritasyon 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,hidrosetali,kafa içi ve meninks enfeksiyonları,subdural sıvı toplanması gibi ikincil baş ağrıları araştırılmalıdır.
- **Süregen artmayan(kronik nonprogresif) veya süregen günlük başağrısı):**
- 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.

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. Kranial 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. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ya da diğer yüz veya kranial yapılara bağlanan başağrısı ya da yüz ağrısı
- 12. Psikiyatrik bozukluklara bağlanan başağrısı
- 13. Kranial nevrалjiler ve santral yüz ağrısının nedenleri
- 14. Diğer başağrısı, kranial 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.

Aurasız Migren Tanı Kriterleri

- A. B-D'yi karşılayan en az 5 atak
- B. 4-72 saat süreli baş ağrısı
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahip olmalı.
 - 1-Tek taraflı yerleşim,
 - 2-Zonklayıcı,
 - 3-Orta veya şiddetli ağrı,
 - 4-Günlük fiziksel aktiviteyle, eforla artış göstermeli .
- D. Baş ağrısına en az birisi eşlik etmeli. 1-Bulantı ve/veya kusma, 2-fonofob ve fotofobi
- E. Baş ağrısı başka bir bozukluğa bağlı olmamalı

Auralı Migren Tanı Kriterleri

- A. B-C ölçütlerini karşılayan en az 2 atak
- B. Tamamen geri dönüşlü aura semptomlarının ≥ 1 olması
 - 1. Görsel
 - 2. Duyusal
 - 3. Konuşma ve/veya dil
 - 4. Motor
 - 5. Retinal
 - 6. Beyinsapı
- C. Aşağıdaki 4 özellikten en az 2sinin olması
 - 1. 5 dk ve üzeri sürede yavaş yavaş gelişen ≥ 1 aura semptomunun olması , ve/veya ≥ 2 aura semptomunun ardarda oluşması
 - 2. Herbir semptom 5-60 dakika sürmesi (Motor semptomlar 72 saat devam edebilir)
 - 3. En az 1 aura semptomu tek taraflı olması
 - 4. Ağrının aura sırasında yada 60 dakika içinde başlaması
- D. Başka bir ICHD-3 hastalıkları ile açıklanamaması, geçici iskemik atak dışlanmış olması

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.

Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı tanı kriterleri

- A. B ve D ölçütlerinin karşılayan en az 10 ağrı atağının olması (ortalama ayda 1 den ve yılda 12 günden az)
- B. Baş ağrısı ataklarının 30 dk ile 7 gün arasında sürmesi
- C. Aşağıdaki ağrı özelliklerinden en az ikisinin varlığı;
 - 1. Bilateral lokalizasyonlu
 - 2. Basınç-sıkışma-ağırlık tarzında künt(zonklayıcı değil) karakterde
 - 3. Hafif veya orta şiddette
 - 4.Yürüme gibi günlük aktivitelerle artmayan ağrı.
- D. Aşağıdakilerden ikisinin varlığı
 - 1.Ağrıya bulantı ve kusmanın eşlik etmemesi(anoreksi olabilir)
 - 2.Fotofobi veya fonofobiden birden fazlasının olmaması
- E. Altta yatan sistemik veya nörolojik bir bozukluğun olmaması.

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 ağrıyı artırır)
- Biofeedback
- Gevşeme egzersizleri
- Stres yönetimi
- Kilo takibi (özellikle ergenlerde)

Akut Tedavi

- Non steroid antiinflamatuvar 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** 0,25-1,5 mg/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** 20-40 mg/kg/gün
 - **Propranolol** 2-4 mg/kg/gün

- “Childhood and adolescent migraine prevention study” çalışmasında migren koruyucu tedavisinde kullanılacak ilaçlar amitriptilin ve topiramat olarak belirlenmiştir.
- **Amitriptilin** için hedef doz 1 mg/kg/gün (8 haftada yavaş artırılarak en fazla 100mg)
- **Topiramat** 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.



#mrt_saglam