

BÖLÜM 113

BAŞ AĞRILARINDA ETİYOLOJİ

Gülen GÜL MERT¹

GİRİŞ

Baş ağrısı, pediatrik acil servislerine başvurunun en sık üçüncü nedenidir.¹ Çocukların yaşam tarzlarının değişmesi nedeniyle son yıllarda baş ağrısı insidansı giderek artmaktadır. Okul öncesi dönemde sıklığı %37-51 arasında iken, adolesanlarda oran %57-82'e kadar çıkabilmektedir. Çocukların %90'ının, 18 yaşa kadar hayatlarının bir döneminde baş ağrısı şikayeti olmaktadır. Baş ağrısı, küçük yaşlarda erkek çocuklarda sıkken, 7-11 yaş arasında cinsiyet farkı gözetmez. Ergenlikle birlikte ise sıklığı kızlarda artar. Çocuklarda görülen baş ağrısının erişkin dönemde görülenlere göre farklılıkları mevcuttur. Küçük çocukların ağrının özelliklerini ve lokalizasyonunu tanımlamaları güçtür, aynı tip baş ağrısı çocuklarda yetişkinlere göre farklı bulgular verebilir.¹⁻³

Çocukluk çağı baş ağrıları genellikle kendi kendini sınırlayan ve tedavi ile düzelen durumlardan kaynaklanmaktadır.⁴ Viral enfeksiyonlar, sinüzit, migren ve travma sonrası oluşan baş ağrıları en sık nedenler arasındadır. Okula devamsızlığın ana nedeni olup, çocuğun okul performansını ve günlük aktivitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Baş ağrısı yakınması

ile getirilen her hastanın öncelikle öyküsü alınır, nörolojik ve fizik muayenesi yapılır, tanısal testler ona göre planlanır. Tekrarlayan baş ağrıları olan çocuklarda sistemik ve nörolojik muayene normale elektroensefalografi (EEG), lomber ponksiyon (LP) ve nörogörüntüleme yapılması gerekmezken, çocuklarda baş ağrılarının kırmızı bayraklar semptom ve bulguları varsa (ilk ve çok şiddetli başlayan akut baş ağrısı, anormal nörolojik bulgular, çocuğun 6 yaşından küçük olması, ailede primer baş ağrısı öyküsünün olmaması, daha önce olan ağrının tipinde değişiklik olması, ağrının şiddetinin öksürme ve ıkmayla artması, uykudan uyanırdan, özellikle sabah olan ve kusmanın eşlik ettiği baş ağrısı, eşlik eden bilinç değişikliği, epileptik nöbetler varlığı, immunsupresif veya nörokütan bulguların olması) acil nörogörüntüleme planlamak gerekir.⁵⁻⁷

PATOFİZYOLOJİ

Beynin kendisi ağrıya duyarlı değildir. Buna karşın intrakranial (duramater, serebral damarlar, venöz sinüsler) ve ekstrakraniyal (perioist, orofarinks, orbita, sinüsler, iç kulak, kaslar) yapılar ağrıya duyarlıdır ve bu yapıların fiziksel, kimyasal ve inflamatuvar olarak etkilenmesiyle

¹ Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD., gmert@cu.edu.tr

şeklinde, orbital, supraorbital ve/veya temporal bölgede tek taraflı olarak meydana gelir. Ağrı şiddetlidir, günde birkaç kez meydana gelebilir ve birkaç dakika ile 3 saat arasında sürer. Baş ağrısı ile birlikte gözlerde sulanma, kızarma, burun tıkanıklığı, burun akıntısı, terleme, miyozis, pitozis ve/veya palpebral ödem ve konjonktival kızarıklık görülebilir. Ataklarda migreni olanların aksine yatmak, uyumak yerine sürekli dolaşırlar. Paroksizmal hemikraniye ataklar küme baş ağrısına göre daha kısa sürelidir ancak daha sık görülür, indometasin yanıtı tanısaldır.^{19,21}

DİĞER BİRİNCİL BAŞ AĞRILARI

Eforla ilgili birincil baş ağrıları, çocuklarda nadir olmayıp baş ağrısı herhangi bir egzersizle ortaya çıkabilir. Baş ağrısı, fiziksel aktivite sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkar ve indometasine yanıt verebilir. Fiziksel aktivite sırasında baş ağrısı ortaya çıktığında ikincil nedenleri dışlamak gerekmektedir. Çocuklarda hipnik baş ağrısı sık değildir. En önemli özelliği, genellikle her gece aynı saatte uykudan uyandıran bir baş ağrısı olmasıdır. Ağrı genellikle bilateral, frontal veya frontal-temporal bölgede kısa sürelidir. Primer saplanıcı baş ağrısı, çok kısa süreli ataklarla karakterize, ağırlıklı olarak trigeminal sinirin birinci dalına uyan bölgede görülen bir primer baş ağrısıdır.^{1,21}

SEKONDER BAŞ AĞRILARI

Sekonder baş ağrıları, santral sinir sistemini veya diğer sistemleri tutan hastalıkların tetiklediği kabul edilen, yeni başlayan, diğer adıyla organik baş ağrılarıdır. Sekonder baş ağrılarının kendine özgü bir tipi yoktur, her türlü primer baş ağrısını taklit edebilirler. Çocukluk çağında sekonder baş ağrıları daha sık üst solunum yolu enfeksiyonları, sinüzit ve sistemik enfeksiyonlara bağlı olur. Sekonder baş ağrılarını genel olarak ICHD-3, travmaya bağlı baş

ağrıları, kraniyal veya servikal vasküler bozukluklara bağlı baş ağrıları, vasküler olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı baş ağrıları, madde kullanımına veya yoksunluğuna bağlı baş ağrıları, enfeksiyona bağlı baş ağrıları, homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrıları ve psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrıları olarak sınıflandırır. Kafa içi basıncının artmasına bağlı baş ağrıları, hastayı gece uykudan uyandıran ve sabah erken saatlerde olan ağrı ile ilişkilidir. Primer baş ağrısı atakları olan çocukların da %25'i geceleri uyanabilir ve ağrı genellikle çocuk uyumadan önce başlar. Hastayı değerlendirirken 'kırmızı bayraklar' olarak adlandırılan semptom ve bulgulara çok dikkat etmek gerekir.^{15,19,25}

Sonuç olarak, baş ağrısı pediatrik hastalarda genellikle primer nedenlere bağlıdır. Ayrıntılı anamnez, fizik ve nörolojik muayene, gerekirse yardımcı laboratuvar yöntemleriyle altta yatan nedenlerin bulunması çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Raucci U, Della Vecchia N, Ossella C, et al. Management of childhood headache in the emergency department. review of the literature. *Frontiers in neurology*. 2019;10:886.
2. Barea L, Tannhauser M, Rotta N. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia*. 1996;16(8):545-9.
3. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2010;52(12):1088-97.
4. Kan L, Nagelberg J, Maytal J. Headaches in a pediatric emergency department: etiology, imaging, and treatment. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000;40(1):25-9.
5. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*. 1997;13(1):1-4.
6. Zhou AZ, Marin JR, Hickey RW, Ramgopal S. Serious diagnoses for headaches after ED discharge. *Pediatrics*. 2020;146(5).
7. Lewis D, Ashwal S, Dahl G, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2002;59(4):490-8.

8. Ropper AH, Messoud Ashina, MD, Ph. D., DM Sci. *N Engl J Med.* 2020;383:1866-76.
9. Qubty W, Patniyot I. Migraine pathophysiology. *Pediatric neurology.* 2020;107:1-6.
10. Kaube H, Katsarava Z, Przywara S, Drepper J, Ellrich J, Diener H-C. Acute migraine headache: possible sensitization of neurons in the spinal trigeminal nucleus? *Neurology.* 2002;58(8):1234-8.
11. Bahra A, Matharu M, Buchel C, Frackowiak R, Goadsby P. Brainstem activation specific to migraine headache. *The lancet.* 2001;357(9261):1016-7.
12. Gursoy-Ozdemir Y, Qiu J, Matsuoka N, et al. Cortical spreading depression activates and upregulates MMP-9. *The Journal of clinical investigation.* 2004;113(10):1447-55.
13. Hamel E. The biology of serotonin receptors: focus on migraine pathophysiology and treatment. *Canadian journal of neurological sciences.* 1999;26(3):2-6.
14. Fan P, Kuo P, Chang S, Lee W, Wu R, Chiou L. Plasma calcitonin gene-related peptide in diagnosing and predicting paediatric migraine. *Cephalalgia.* 2009;29(8):883-90.
15. Lewis DW, Koch T. Headache evaluation in children and adolescents: when to worry? When to scan? *Pediatric annals.* 2010;39(7):399-406.
16. Papetti L, Capuano A, Tarantino S, Vigevano F, Valeriani M. Headache as an emergency in children and adolescents. *Current pain and headache reports.* 2015;19(3):3.
17. Langdon R, DiSabella MT. Pediatric headache: an overview. *Current problems in pediatric and adolescent health care.* 2017;47(3):44-65.
18. Lewis DW. Headaches in children and adolescents. *American family physician.* 2002;65(4):625.
19. Arnold M. Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211.
20. Kelly M, Strelzik J, Langdon R, DiSabella M. Pediatric headache: overview. *Current opinion in pediatrics.* 2018;30(6):748-54.
21. Özge A, Faedda N, Abu-Arafeh I, et al. Experts' opinion about the primary headache diagnostic criteria of the ICHD-beta in children and adolescents. *The journal of headache and pain.* 2017;18(1):1-9.
22. Genizi J, Khourieh Matar A, Zelnik N, Schertz M, Srugo I. Frequency of pediatric migraine with aura in a clinic-based sample. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2016;56(1):113-7.
23. Lebron D, Vasconcellos E, editors. *The episodic syndromes that maybe associated with migraines. Seminars in pediatric neurology;* 2016: Elsevier.
24. Jacobs H, Gladstein J. Pediatric headache: a clinical review. *Headache [Internet].* 2012 Feb; 52 (2): 333-9. 2012.
25. Roser T, Bonfert M, Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. Primary versus secondary headache in children: a frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics.* 2013;44(01):034-9.