

# BÖLÜM 121

## SEKONDER BAŞ AĞRILARI

Serap TEBER<sup>1</sup>  
Nurşah YENİAY SÜT<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Baş ağrısı, çocukluk çağında oldukça yaygın görülen bir semptomdur. Nadiren ciddi bir hastalığa bağlı olmasına rağmen aileler baş ağrısından oldukça endişe duymaktadırlar. Bu sebeple çocuk nöroloji poliklinik başvurularının büyük kısmını baş ağrıları oluşturur. Değerlendirmenin ilk adımları; sistemik fizik muayene ve nörolojik muayenenin yanı sıra ayrıntılı bir baş ağrı öyküsü almak ve hastanın tıbbi özgeçmişini sorgulamaktır. Böylece primer baş ağrılarının tanısı konabilir ya da altta yatan hastalık hakkında fikir edinilebilir. Olası santral sinir sistemi lezyonunu düşündüren anormal nörolojik fizik muayene veya “kırmızı bayrak” olarak atfedilen durumlarda olgular ileri tetkik edilmelidir. Özellikle bir aydan kısa süren progresif baş ağrısı, nöbet veya ailede negatif migren öyküsü varlığında nöro görüntüleme yapılmalıdır.<sup>1</sup> Diğer “kırmızı bayrak” olarak atfedilen durumlar; yaşamın en kötü baş ağrısı olarak nitelendirilen, ani şiddetli başlangıcı olan (Gök gürlütüsü şeklindeki baş ağrıları maksimum şiddetine 1 dk içinde ulaşan ve 5 dk kadar süren ciddi ve akut baş ağrılarıdır), oksipital konumda, hipertansiyon veya ateşin

eşlik ettiği, uykudan uyandıran baş ağrıları sayılabilir.<sup>1,2</sup> Dodick ve arkadaşları nimonik olarak bu kırmızı bayrak işaretlerini çocukluk çağı baş ağrıları için “SNOOPPPY” kısaltması başlığı altında toplamıştır (Tablo 1).<sup>3</sup>

Yeni gelişen baş ağrıları; altta yatan bir hastalıkla ilişkilendirildiğinde, ağrının karakteri primer sefaljilere benzese bile, bu tip baş ağrıları sekonder baş ağrıları olarak adlandırılır. Genelde bu tip ağrılar hastalıkla eş zamanlı ortaya çıkar ve altta yatan hastalığın tedavi edilmesiyle ortadan kalkar. Bazen ilişkili hastalıklar önceden var olan primer baş ağrısını kronikleştirebilir ya da ağrının şiddetini, sıklığını artırabilir. Böyle durumlarda hastalığın etkisi kanıtlandıysa bu baş ağrısı hem primer hem sekonder baş ağrısı olarak tanımlanır. Sekonder baş ağrılarının ICHD (İnternational Classification of Headache Disorders- Uluslararası Baş ağrısı Derneği) III' e göre tanı kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.<sup>4</sup>

Sekonder baş ağrılarının çocukluk ve adolesan çağında sık görülen sebepleri posttravmatik, vasküler ve vasküler olmayan hastalıklar, ilaçlar ve enfeksiyonlardır (Tablo 3).<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD., serapteber@gmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD., nursah\_ny@hotmail.com

Sıklıkla viral ajanlara bağlı akut üst solunum yolu enfeksiyonlarında baş ağrısı görülür. Ancak ateş ve baş ağrısına; ense sertliği gibi meningeal irritasyon bulguları, paradoksal iritabilite, bilinç değişikliği, ensefalopati ve nöbet eşlik ettiğinde akla meningoensefalit akla gelmelidir. Acil nörogörüntüleme akabinde LP yapıp uygun antibiyoterapi başlanmalıdır. Ateşli bir çocukta lokalize baş ağrısı, fokal nörolojik defisit ve yakın zamanda otitis media, mastoidit, endokardit ve immunsupresyon öyküsü varsa beyin absesi tanısı düşünülmelidir.<sup>35</sup>

### TRİGEMİNAL NEVRALJİLER

Trigeminal sinirin dağılım bölgesi ile sınırlı olan ve zararsız uyaranlar ile tetiklenen, ani başlayan ve sonlanırken tekrarlayan, tek taraflı, kısa, elektrik şoku benzeri ağrılar ile karakterize bir hastalıktır. Süresi yaklaşık 2 dakikadan azdır. Ağrının karakteri elektrik çarpması veya bıçak saplanır tarzda, ya da sızlama şeklinde, keskin bir ağrıdır. Ağrının şiddeti zamanla artabilir. Ağrı çok şiddetli olduğunda, genellikle etkilenen taraftaki yüz kaslarının kasılmasına neden olur, buna tik dolore denir. Gözyaşı ve ipsilateral gözde kızarıklık gibi hafif otonomik semptomlar mevcut olabilir. Nadiren bilateraldir.

Belirgin bir neden olmaksızın gelişen trigeminal nevralsi (TN) idiyopatik tip olarak; MR görüntülerinde nörovasküler kompresyon dışında özellik yoksa klasik tip TN olarak adlandırılır. Eğer altta yatan serebellopontin köşe tümörü, arteriyovenöz malformasyon ve multipl skleroz (MS) gibi nedenler saptanırsa sekonder trigeminal nevralsi denir. Erişkin trigeminal nevralsi vakalarının sadece %2-4'ünde MS saptanır.<sup>36</sup> MS plaklarının pons veya trigeminal sinir kökü giriş bölgesinde yerleşmesi bu ağrıya sebep olabilir. MS'e bağlı TN'ler bilateral olabilir.

Tanı genellikle klinik olarak konur. Nadir de olsa altta yatan nedenleri araştırmak için

beyin görüntülmesi gerekir. Beyin MR'da trigeminal sinir köklerinde atrofi gibi morfolojik değişiklikler ve altta yatan lezyonlar gösterebilir. Tedavide ilk basamak karbamazepin veya okskarbazepin gibi sodyum kanal blokerleridir. Multipl skleroza bağlı trigeminal nevralsi hastaların, farmakolojik ve cerrahi müdahalelerden klasik trigeminal nevralsi hastalara göre daha az fayda gördüğü söylenmektedir.<sup>36</sup>

### KAYNAKLAR

1. Yonker M. Secondary Headaches in Children and Adolescents: What Not to Miss. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2018;18(9):61. Published 2018 Jul 30. doi:10.1007/s11910-018-0865-z
2. Klein J, Koch T. Headache in Children. *Pediatr Rev.* 2020;41(4):159-171. doi:10.1542/pir.2017-0012
3. Dodick D. Headache as a symptom of ominous disease. What are the warning signals?. *Postgrad Med.* 1997;101(5):46-64. doi:10.3810/pgm.1997.05.217
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211. doi:10.1177/0333102417738202
5. Gofshteyn JS, Stephenson DJ. Diagnosis and Management of Childhood Headache. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2016;46(2):36-51. doi:10.1016/j.cppeds.2015.11.003
6. Olesen J. The international classification of headache disorders. 2nd edition (ICHD-II). *Rev Neurol (Paris).* 2005;161(6-7):689-691. doi:10.1016/s0035-3787(05)85119-7
7. Abend NS, Younkin D, Lewis DW. Secondary headaches in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol.* 2010;17(2):123-133. doi:10.1016/j.spen.2010.04.001
8. Zemek RL, Farion KJ, Sampson M, McGahern C. Prognosticators of persistent symptoms following pediatric concussion: a systematic review. *JAMA Pediatr.* 2013;167(3):259-265. doi:10.1001/2013.jamapediatrics.216
9. Kirk C, Nagiub G, Abu-Arafah I. Chronic post-traumatic headache after head injury in children and adolescents. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(6):422-425. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.02063.x
10. Pinchefskey E, Dubrovsky AS, Friedman D, Shevell M. Part II--Management of pediatric post-traumatic headaches. *Pediatr Neurol.* 2015;52(3):270-280. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2014.10.015
11. Fink M, Slavova N, Grunt S, et al. Posterior Arterial Ischemic Stroke in Childhood. *Stroke.* 2019;50(9):2329-2335. doi:10.1161/STROKEA-HA.119.025154

12. Ferro JM, Costa I, Melo TP, et al. Headache associated with transient ischemic attacks. *Headache*. 1995;35(9):544-548. doi:10.1111/j.1526-4610.1995.hed3509544.x
13. Morin L, Smail A, Mercier JC, Titomanlio L. Clinical reasoning: a child with pulsatile headache and vomiting. *Neurology*. 2009;72(15):e69-e71. doi:10.1212/01.wnl.0000346690.84004.af
14. Hofmeister C, Stapf C, Hartmann A, et al. Demographic, morphological, and clinical characteristics of 1289 patients with brain arteriovenous malformation. *Stroke*. 2000;31(6):1307-1310. doi:10.1161/01.str.31.6.1307
15. Galletti F, Sarchielli P, Hamam M, et al. Occipital arteriovenous malformations and migraine. *Cephalgia*. 2011;31(12):1320-1324. doi:10.1177/0333102411417465
16. Roach ES, Golomb MR, Adams R, et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a Special Writing Group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young [published correction appears in *Stroke*. 2009 Jan 1;40(1):e8-10]. *Stroke*. 2008;39(9):2644-2691. doi:10.1161/STROKEAHA.108.189696
17. Nash M, Rafay MF. Craniocervical Arterial Dissection in Children: Pathophysiology and Management. *Pediatr Neurol*. 2019;95:9-18. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2019.01.020
18. deVeber G, Andrew M, Adams C, et al. Cerebral sinovenous thrombosis in children. *N Engl J Med*. 2001;345(6):417-423. doi:10.1056/NEJM200108093450604
19. Chabriat H, Levy C, Taillia H, et al. Patterns of MRI lesions in CADASIL. *Neurology*. 1998;51(2):452-457. doi:10.1212/wnl.51.2.452
20. Gaier ED, Heidary G. Pediatric Idiopathic Intracranial Hypertension. *Semin Neurol*. 2019;39(6):704-710. doi:10.1055/s-0039-1698743
21. Gillson N, Jones C, Reem RE, Rogers DL, Zumberge N, Aylward SC. Incidence and Demographics of Pediatric Intracranial Hypertension. *Pediatr Neurol*. 2017;73:42-47. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2017.04.021
22. Gordon K. Pediatric pseudotumor cerebri: descriptive epidemiology. *Can J Neurol Sci*. 1997;24(3):219-221. doi:10.1017/s031716710002182x
23. Glatstein MM, Oren A, Amarilio G, et al. Clinical characterization of idiopathic intracranial hypertension in children presenting to the emergency department: the experience of a large tertiary care pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care*. 2015;31(1):6-9. doi:10.1097/PEC.0000000000000177
24. Aylward SC, Aronowitz C, Roach ES. Intracranial Hypertension Without Papilledema in Children. *J Child Neurol*. 2016;31(2):177-183. doi:10.1177/0883073815587029
25. Ozge A, Bolay H. Intracranial hypotension and hypertension in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep*. 2014;18(7):430. doi:10.1007/s11916-014-0430-7
26. Hadidchi S, Surento W, Lerner A, et al. Headache and Brain Tumor. *Neuroimaging Clin N Am*. 2019;29(2):291-300. doi:10.1016/j.nic.2019.01.008
27. Schwedt TJ, Guo Y, Rothner AD. "Benign" imaging abnormalities in children and adolescents with headache. *Headache*. 2006;46(3):387-398. doi:10.1111/j.1526-4610.2006.00371.x
28. Toldo I, Tangari M, Mardari R, et al. Headache in children with Chiari I malformation. *Headache*. 2014;54(5):899-908. doi:10.1111/head.12341
29. Victorio MC, Khoury CK. Headache and Chiari I Malformation in Children and Adolescents. *Semin Pediatr Neurol*. 2016;23(1):35-39. doi:10.1016/j.spen.2016.01.001
30. Toldo I, Perissinotto E, Menegazzo F, et al. Comorbidity between headache and epilepsy in a pediatric headache center. *J Headache Pain*. 2010;11(3):235-240. doi:10.1007/s10194-010-0191-6
31. Verrotti A, Coppola G, Spalice A, et al. Peri-ictal and inter-ictal headache in children and adolescents with idiopathic epilepsy: a multicenter cross-sectional study. *Childs Nerv Syst*. 2011;27(9):1419-1423. doi:10.1007/s00381-011-1428-7
32. Rajapakse T, Buchhalter J. The borderland of migraine and epilepsy in children. *Headache*. 2016;56(6):1071-1080. doi:10.1111/head.12827
33. Caraballo R, Koutroumanidis M, Panayiotopoulos CP, Fejerman N. Idiopathic childhood occipital epilepsy of Gastaut: a review and differentiation from migraine and other epilepsies. *J Child Neurol*. 2009;24(12):1536-1542. doi:10.1177/0883073809332395
34. Lewis DW, Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache*. 2000;40(3):200-203. doi:10.1046/j.1526-4610.2000.00029.x
35. Dilli E. Thunderclap headache. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2014;14(4):437. doi:10.1007/s11910-014-0437-9
36. Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia: New classification and diagnostic grading for practice and research. *Neurology*. 2016;87(2):220-228. doi:10.1212/WNL.00000000000002840