

Çocukluk Çağı Baş Ağrıları: Genel Yaklaşım

HEADACHE IN CHILDHOOD: GENERAL APPROACH

Dr. Nesrin ŞENBİL,^a Dr. Y. K. Yavuz GÜRER^a

^aÇocuk Nöroloji Kliniği, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Baş ağrısı çocukluk çağında en sık karşılaşılan sorunlardan birisidir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk nörolojisi kitaplarında ortak bir sınıflaması yoktur. Baş ağrısını değerlendirmede detaylı öykü, genel fizik ve nörolojik muayene en önemli yol göstericidir. Bu bilgilerin yardımıyla baş ağrısının muhtemel etiyojisi aydınlatılmaya çalışılır. Laboratuvar testleri ise genellikle ayırıcı tanı için kullanılır. Klinik gidişin takibi de baş ağrısı tanısında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, çocukluk çağı

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2004, 13:254-260

Abstract

Headache is the one of most common problems in childhood. A common determined classification of childhood headache is not found in pediatri and pediatric neurology textbook. Detailed history and general and neurologic examinations are the most important clues for the evaluation of headache. The likely etiology of headaches can be clarified by based on this informations. Laboratory tests may be needed to make the differential diagnosis. The clinical follow-up is also important in headache diagnosis.

Key Words: Headache, childhood

Tarihçe

Baş ağrısı, 5000 yıldan fazla zamandır bilinen ve insanoğlunun karşılaşılabileceği ağrılar içinde şüphesiz ki en sık olanıdır. Çocukluk çağı baş ağrıları ilk defa 1873 yılında bir İngiliz çocuk hekimi olan William Henry Day'in bir kitap bölümünü bu konuya ayırmasına kadar çok fazla tartışılmamıştır.¹ Bille, 1962 yılında okul çocuklarında baş ağrısı insidansını araştırmış ve 1967 yılında Friedman ve Harms çocukluk çağı baş ağrıları konusunda ilk kitabı yayınlamışlardır.^{2,3} Son yıllarda ise Rothner ve Winner, bu konuda kapsamlı bir kitabı kullanıma sunmuştur.⁴

Baş Ağrılarının Sınıflandırması

Baş ağrılarının tanımlanması ve sınıflandırılmasında uzun süre Ad Hoc sınıflaması kullanılmıştır.⁵ Daha sonra Uluslararası Baş Ağrısı Derneği "International Headache Society (IHS)" tarafından 1988 yılında ilk sınıflama ve 2004 yılında da ikinci sınıflama yayımlanmıştır. Her iki sınıflamada da 1-4 numaralı başlıklar arasında yer alanlar primer baş ağrıları olarak tanımlanmıştır. Primer baş ağrılarında tanı, organik etiyojisi ortadan kaldırıldıktan sonra, diğer bir deyişle sekonder baş ağrıları dışlandıktan sonra, alt başlıklardaki tanı kriterlerine göre konulur.^{6,7} IHS sınıflamasında; 1. sınıflamada 13, 2. sınıflama 14 ana başlık bulunmaktadır ve ana başlıkların altındaki alt başlıklar ile tanı kriterleri açıklanmaktadır. Tablo 1'de IHS 2004 sınıflamasının "International Classification of Headache Disorders (ICHD-II)" ana başlıkları verilmiştir.⁷ Bu yazıda, IHS sınıflamasından ayrıntıları ile bahsedilmemiş, baş ağrısı olan bir çocukta genel yaklaşım özetlenmeye çalışılmıştır.

Geliş Tarihi/Received: 22.07.2003

Kabul Tarihi/Accepted: 25.06.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Nesrin ŞENBİL

Fuar Sokak 7/9
Y. Ayrancı, ANKARA
senbilon@ttnet.net.tr

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

Tablo 1. Baş ağrılarının uluslararası sınıflandırması (ICHD-II).

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı
3. Küme (Kluster) baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrıları
5. Kafa ve/veya boyun travması ile ilgili baş ağrıları
6. Kranial veya servikal vasküler bozukluklar ile ilgili baş ağrıları
7. Nonvasküler intrakraniyal bozukluklarla ilgili baş ağrıları
8. Madde kullanılması veya bırakılması ile ilgili baş ağrıları
9. Enfeksiyon ile ilgili baş ağrıları
10. Homeostasis bozuklukları ile ilgili baş ağrıları
11. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz veya kranial yapılarla ilgili yüz veya baş ağrıları
12. Psikiyatrik bozukluklar ile ilgili baş ağrıları
13. Kranial nevraljiler ve santral kökenli yüz ağrıları
14. Diğer baş ağrıları, kranial nevralji, santral veya primer yüz ağrısı

(ICHD=International Classification of Headache Disorders)

IHS baş ağrısı sınıflaması esas olarak erişkinleri içermektedir. Çocukluk çağı baş ağrılarının, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk nörolojisi klasik kitaplarında ortak bir sınıflaması yoktur. IHS sınıflaması dikkate alınmakla birlikte, genellikle migren ve migrenle ilişkili durumlar ayrı bir başlık altında anlatılmış, diğer primer baş ağrılarında kısmen bahsedilmiş, diğer baş ağrıları ise altta yatan nedenleri içerecek şekilde gruplanmıştır. Bazı yayınlarda ise seyir durumuna göre sınıflandırılmıştır (Tablo 2). Baş ağrısı tanısı esas olarak kliniğe dayandığı için tam olarak memnun edici bir sınıflama sistemi erişkinlerde dahi ortaya konamamıştır.

Epidemiyoloji

Okul çağı çocuklarının yaklaşık %20'sinde, çocuk yaş grubu genel popülasyonunun %40'ında baş ağrısı mevcuttur.¹⁴ Epidemiyolojik çalışmalarla migrenin en sık görülen baş ağrısı olduğu ve çocuklarda prevelansının %3.0-10.6 arasında olduğu gösterilmiştir. Migren prevelans çalışmalarında kullanılan tanı ölçütlerine göre farklı sonuçlar alınmakla birlikte, IHS kriterleri kullanarak yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹⁴⁻¹⁶

Türkiye'de çocukluk çağı migren prevelansı üzerine, 7-14 yaş arasındaki 857 okul çocuğu üzerinde, Sivas'da yapılan bir çalışmada, IHS kriterlerine göre migren prevelansı %9.3 olarak bulunmuştur.¹⁷ Mersin'de 5562 okul çocuğunda yapılan çalışmada nöroloji doktorunun teşhisi altın standart alınarak; prevelans rekürrens baş ağrısında %49.2, gerilim tipi baş ağrısında %24.7 ve migrende %10.4 olarak bildirilmiştir.¹⁸

Cinsiyet yönünden yapılan en kapsamlı çalışmada 3-5 yaş arasında baş ağrısı prevelansı erkeklerde daha fazlayken, kızlarda 5 yaşından sonra giderek yükseldiği ve 9-11 yaşında eşit sıklıkta olduğu gösterilmiştir.¹⁴ Sillanpaa ve ark.'larının okul çocuklarını adölesan öncesi dönemden itibaren izleyerek yaptıkları çalışmada erkeklerde baş ağrısı prevelansının 7 yaşından sonra durakladığı ve giderek azaldığı, kızlarda ise 7 yaşından itibaren giderek arttığı gösterilmiştir. Migrende de baş ağrısına benzer sonuçlar alınmış migren prevelansının, yaklaşık 7 yaşlarında kızlarla erkeklerde eşit (erkeklerde %2.9 ve kızlarda %2.5), bu yaştan sonra kızlarda giderek arttığı ve 14 yaşında erkeklerde %6.4 iken kızlarda %14.8 oranında görüldüğü bulunmuştur.¹⁹

Tablo 2. Çocuk sağlığı-hastalıkları ve çocuk nöroloji klasik kitaplarında baş ağrılarının sınıflandırması.

Yazar adı	Ana başlık
Nelson ⁸	Migren, gerilim baş ağrıları, organik baş ağrıları
Rudolph ⁹	Migren
Menkes ¹⁰	Migren ve diğer kronik baş ağrıları
Aicardi ¹¹	Migren ve ilişkili durumlar, migren dışı rekürren baş ağrıları
Fenichel ¹²	Migren, kluster, indometazin cevabı baş ağrıları, kronik-düşük dereceli baş ağrıları, ilaçlar ve yiyeceklerle ilişkili baş ağrıları, vaskülit ile ilişkili baş ağrıları, diğer kranial yapılardan kaynaklanan baş ağrıları, konvülziyon baş ağrısı
Swaiman ¹³	Akut, akut rekürrens, kronik progressif, kronik nonprogressif, mikst

Tablo 3. Baş ağrısı olan hastaya temel sorular.

- Baş ağrınız;
- 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?
- Belirli bir zamanda mı ya da belirli şartlar altında mı oluşuyor?
- Belirli yiyecekler, ilaçlar veya aktivitelerle ilgili mi?
- Ortaya çıkmadan önce haber veren bulgular var mı?
- Nerede oluyor?
- Şiddeti nedir?
- İle birlikte ek şikayetleriniz var mı?
- Sırasında durdurmak için ne yapıyorsunuz?
- Ne ile daha iyi olur?
- Kötüleşmesine neden olan herhangi bir şey var mı?
- Aralarında şikayetiniz var mı?
- Dışında tıbbi sorunuz var mı?
- Dışında düzenli ya da aralıklı herhangi bir ilaç alıyor musunuz?
- Ailenizde başkasında baş ağrısı var mı?
- Ortaya çıkaran bir neden size göre var mı?
- Günlük hayatınızı, okulunuzu nasıl etkiliyor?

Baş Ağrısını Değerlendirme

Öykü: Baş ağrısı tanısında en önemli yol göstericidir. Sorular hem çocuğa hem aileye yönelik olmalıdır. Tanıya ulaşmada spesifik sorular faydalıdır böylece ağrı özellikleri daha kolay ortaya konmaktadır. Bu soruları içeren baş ağrısı anketi de kullanılabilir.²⁰⁻²² Sadece evet, hayır sorularından oluşan anket formları ile hastayı değerlendirmek ise eksik bilgiler alınmasına yol açabilir.²³ Tablo 3'te baş ağrılı hastaya sorulması gereken sorular görülmektedir. Bu soruların yanıtları dikkatle değerlendirilmelidir. Öykünün sonucunda baş ağrısı seyrinin akut, akut tekrarlayıcı, kronik progressif ve kronik nonprogressif formlardan hangisine uyduğuna da karar verilmelidir.²⁴

Prenatal, natal öykü, büyüme ve gelişme, daha önceki ciddi hastalıkları, okul durumu, kullandığı ilaçlar, allerji durumu ve sistem sorgusu baş ağrısı değerlendirilirken mutlaka sorgulanmalıdır. Artmış intrakraniyal basınç ve ilerleyici nörolojik hastalıkla ilgili ilave soruların yanıtları da öyküde alınmalıdır. Emosyonel problemler, okul devamsızlığı ve baş ağrısının günlük yaşam aktivitelerine etkisi değerlendirilmelidir.

Organik kökenli baş ağrıları; daha önceden olmayan ilk defa ve en şiddetli olarak ortaya çıkan, hep aynı yere lokalize olan, uykudan uyandıran ve/veya sabahları erkenden oluşan, nörolojik semptom ve bulgularla birlikte olan baş ağrılarında akla gelmelidir. Ayrıca kronik baş ağrısının şiddet ve/veya karakterindeki değişikliklik olduğunda da öykü ve muayene tekrar ayrıntılı değerlendirilerek organik baş ağrısı dışlanmalıdır.^{13,24-26}

Baş ağrısı hastalarının günce ile izlenmesi hem tanıda hem izlemde önemli katkılar sağlamaktadır. Baş ağrısı güncesinde tarih, ağrının geliş zamanı, tipi, lokalizasyonu, şiddeti, süresi, nasıl geçtiği ve okulunu, ders veya aktivitelerini engelleyip engellemediği gibi bilgiler yer almalıdır.^{27,28}

Çocukluk çağı baş ağrılarını değerlendirirken çocukların ağrı sırasında hissettiklerini çizmesi ve bu resimlerin tanıya varmada yardımcı olacağını söyleyen araştırmalar vardır.^{29,30}

Aile hikayesi tanı açısından önemlidir. Migren ailesel bir hastalıktır, migren hastalarının %72-89'unda pozitif aile öyküsü olduğu bildirilmiştir.³¹

Ağrısının şiddetini değerlendirmek için çeşitli skalar kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi görsel ağrı skalası (VAS)'dır.³² Çocuklarda ağrının şiddetini değerlendirmek zor olduğundan, bu konuda geliştirilen değişik yüz skalaları mevcuttur. Ülkemizden Uyar'ın yazısında bu konuda ayrıntılı bilgi verilmektedir.³³ Yüz skalalarının en basit formunda yüz ifadesini gösteren 5 resim, 0-5 arası numaralandırılmıştır ve kullanımı oldukça kolaydır.³⁴

Fizik muayene: Genel fizik muayene baş ağrısına neden olan veya ilişkili olan anormalliği ortaya çıkarabilir. Primer baş ağrılı çocuk veya adolesanın muayene bulguları genellikle normaldir. Ateş varlığı enfeksiyöz durumu gösterir ve genellikle daha akut durumlarda vardır. Kan basıncının yüksekliği sessiz seyredebilir ve her hastada kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Cilt dikkatli olarak incelenmelidir, cafe-au-lait lekeleri, peteşiler ve strialar baş ağrısı ile ilgili olabilecek nörofibromatozis, kanama diyatezleri veya Cushing's sendromu gibi hastalıklarda görülebilir. Sinüsler ve oksipital bölge palpe edilerek fokal duyarlılık, ağz

ve çene hareketleri değerlendirilerek temporomandibular eklem disfonksiyonu araştırılmalıdır.

Nörolojik muayenede baş ve boyun değerlendirilerek travma bulgularına ve ense sertliğine bakılmalıdır. Baş çevresi mutlaka ölçülmelidir. Kranium oskultasyonu vasküler malformasyonları değerlendirmek açısından değer taşır. Kranial sinir muayenesi özellikle, göz hareketlerinin ve fundusun muayenesi dikkatle yapılmalıdır. Basit migreni ve gerilim baş ağrısı olan hastalarda nörolojik anormallik saptanmayacaktır. Eğer herhangi bir anormallik varsa daha ileri değerlendirmeler yapılmalıdır.¹³

Acil değerlendirme: Çocukluk çağı ve adolesanda acil departmana esas şikayet olarak baş ağrısı ile başvuru oranı %1.3-5 olarak bildirilmiştir. Başvuru nedenleri incelendiğinde en başta gelen nedenlerin; üst solunum yolu enfeksiyonları ve migren olduğu görülmüş, %2-15 oranında altta yatan ciddi medikal veya nörolojik sorun saptanmıştır. Nontravmatik baş ağrısı olan ve ciddi sorun saptanan çocukların hepsinin altta yatan durumlarıyla ilişkili olarak bilinç değişikliği, ense sertliği, anormal göz hareketleri, papilödem, ataksi, hemiparezi gibi objektif nörolojik muayene bulgularına sahip oldukları görülmüştür. Bu nedenle tanıda öykü ve muayene önemlidir ve acil departmana başvuran hastada kranial görüntüleme istemede ana endikasyonun nörolojik muayene anormalliği olduğu belirtilmiştir.³⁵⁻³⁷

Laboratuvar testleri: Laboratuvar testleri hastanın hikaye, fizik ve nörolojik muayenesine, baş ağrısının karakterine ve seyrine göre düzenlenmelidir. Laboratuvar testlerinden hangisinin yapılacağı ayırıcı tanıya göre seçilmelidir. Rutin tam kan ve idrar incelemesi, kan biyokimyası, sedimen-tasyon hızı ve antinükleer antikor profilini içeren testler, artmış intrakraniyal basınç bulgusu olmayan ve muayenesi normal, kronik nonprogressif baş ağrılı ya da sık migreni olan hastalarda genellikle yardımcı değildir. Ama hasta düşük görünümdeyse veya acile başvurmuşsa ya da öyküsü altta yatan sistemik bir hastalığı düşündürüyorsa bu testlerin ve toksikolojik çalışmaların değeri olabilir.^{13,24}

Sinüs filmleri ve sinüsleri içeren görüntüleme tetkikleri klinik olarak sinüzitten şüphelenildiğinde faydalıdır.²⁵ Baş ağrısı ile gelen çocuklarda klinik olarak şüphelenilmiyorsa rutin olarak sinüs filmi istemeye gerek yoktur. Migren ve gerilim tipi baş ağrıları benzer lokalizasyonda olmaları ve vasküler değişikliğe yol açmaları nedeni ile sinüs baş ağrısı ile çok karıştırılmaktadır.³⁸ Baş ağrısı ile ilişkili nazal semptomların varlığının ne sinüs hastalığının teşhisini koydurduğu ne de migren teşhisini dışladığı bildirilmiştir. Erişkinlerde yapılan pilot bir çalışmada, baş ağrıları için kendi kendine sinüs hastalığı teşhisi koyan hastaların %96'sının IHS migren kriterlerine uyduğu bulunmuştur.³⁹

IHS sınıflamasında kırma kusurları ile ilgili baş ağrısının tanı kriterleri; düzeltilmemiş veya yanlış düzeltilmiş kırma kusurları (örneğin; hipermetropi, astigmatizm, presbiyopi, yanlış gözlük kullanımı), frontal bölgede ve gözlerin kendisinde hafif derecede ağrı, ağrının uyanırken olmaması ve uzun süreli görme işlevlerinde ortaya çıkması olarak bildirilmiştir.⁶ Kronik baş ağrılarında sıklıkla göz bozuklukları suçlanmakla birlikte göz rahatsızlıklardan düzeltilmemiş hipermetropi ve konverjans yetmezliğinin göz veya baş ağrısına yol açtığı bilinmektedir.⁴⁰ Göz doktoruna esas şikayet olarak baş ağrısı ile müracaat eden 50 hastadan, 5'inde göz bozukluğunun saptandığı ve sadece 2'sinin şikayetinin kırma kusuru düzeltildiğinde kaybolduğu bildirilmiştir.⁴¹ Gözün kendi hastalıkları göz ve/veya baş ağrısına neden olabilir. Bunlar; glokom, gözde inflamasyon, ağrılı oftalmopleji gibi orbital bozukluklardır. Kırmızı göz, görme kaybı ve/veya esas olarak göz ile ilgili bir rahatsızlık varsa mutlaka göz doktoru tarafından değerlendirilmelidir. Çocuklarda göz ve görme sorunları her zaman kolay farkedilmeyeceğinden, hiçbir şikayeti olmasa da, rutin olarak göz muayenesinden geçmesi önerilmektedir, bu nedenle baş ağrısında rutin olmamakla birlikte çocuğun hastaneye getirilmiş olması göz muayenesi için bir fırsat yaratabilir.⁴²

EEG'nin çocuklarda baş ağrısı değerlendirilmesinde rutin olarak değeri sınırlıdır. Nonspesifik anormallikler sadece çok değişik merkezi sinir sistemi hastalığında değil pek çok normal çocukta

da sık olarak bulunur. Migrenli hastalarda %10 oranında EEG bozukluğu bildirilmiştir.⁴³ Baş ağrısı bazı durumlarda epileptik nöbetin aurası ya da klinik olarak silik bir nöbetin postiktal safhası olabilir. Hastada bilinç kaybı, bilinçde değişiklik ve/veya anormal hareketler varsa, ayırıcı tanıda nöbet düşünüldüğünde EEG faydalıdır. Bunun dışında rutin olarak istenmesine gerek yoktur.^{13,24} EEG iktal baş ağrısı veya migrenin tetiklediği nöbette tanı koydurucu olabilir. Epilepsi ve migren birarada (co-morbid) olabilir.⁴³ Ülkemizden Aysun ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada; EEG'nin baş ağrılı hastayı değerlendirirken epilepsiden ayırma da yararlı olduğu ve baş ağrısı nedeni ile pediatrik nöroloji kliniğine başvuran hastaların %10'unda epilepsi teşhisinin EEG kayıtları ile konulduğu bildirilmiştir.⁴⁴ Örken ve ark.'ları auralı migrenli hastalardaki EEG bozukluğunu araştırmışlar ve nöbet benzeri semptomları olanlarda ayırıcı tanı açısından EEG incelemesinin yararlı olduğunu vurgulamışlardır.⁴⁵

Migrenli hastalarda görsel uyarılmış potansiyellerin tanıda faydalı olabileceğini gösteren çalışmalar vardır.⁴⁶⁻⁴⁸ Bunun tersine elektrodiagnostik tetkiklerin klinik değerinin kesin olmadığını ve rutin olarak yapılması önerilmeyen çalışmalar da mevcuttur.^{13,24}

Kraniyal görüntüleme: Amerikan Nöroloji Akademisi (AAN) baş ağrısı özellikleri migrenle uyumlu olmayan, nörolojik muayenesi normal olan baş ağrılı hastalarda bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve kraniyal magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'nin rolünü gösteren yeterli veri olmadığını belirtmektedir. AAN tarafından, baş ağrıları migren olarak tanımlananan erişkin hastalarda, nörolojik muayenesi normale kraniyal görüntülemenin rutin kullanımının şart olmadığı, atipik baş ağrısı, konvülsiyon öyküsü, fokal nörolojik semptom veya bulguları olan hastalarda BBT veya kraniyal MRG'nin gerekebileceği belirtilmiştir.⁴⁹

Çocukluk yaş grubunda, baş ağrılı çocuklarda genel olarak önerilen 7 yaş altındaki çocuklarda rutin olarak kraniyal görüntüleme istenmesidir.³¹ Winner ve Rother'in kitabında bu sınır 3 yaş altı olarak bildirilmiş ve baş ağrılı çocuğu değerlendirmede kraniyal görüntüleme isteme nedenleri bu

Tablo 4. Çocuklarda baş ağrısını değerlendirmede görüntüleme endikasyonları.

Yüksek derecede öncelikli
- Kronik progressif gidiş
- Hayatındaki en kötü baş ağrısı
- Çok ani başlangıçlı baş ağrısı
- Anormal nörolojik muayene
- Fokal nörolojik semptomlar
- Ventriküloperitoneal şant varlığı
- Nörokutan sendromların olması
- 3 yaş altı
Orta derecede öncelikli
- Uykudan uyandıran baş ağrısı
- Değişken lokalizasyonlu baş ağrısı
- Meningial bulguların varlığı

yazarlar tarafından Tablo 4'te belirtildiği biçimde önerilmiştir.⁵⁰ Kronik nonprogressif baş ağrılı hastaların büyük çoğunluğunda ve nörolojik muayenesi normal olan hastalarda rutin olarak kraniyal görüntüleme istemeye gerek yoktur.^{13,24,31} Çocuk ve adolesan yaş grubunda yapılan çalışmaların sonucunda, çocuklarda baş ağrılarında anormal nörolojik muayenesi olan veya santral sinir sistemi bozukluklarını düşündüren çocuklarda BBT veya MRG istenmesi önerilmiştir.⁵¹⁻⁵⁵

BBT konjenital malformasyonlar, kraniyal enfeksiyonlar, travma, neoplazmlar ve vasküler hastalıkları değerlendirmede, özellikle acil departmanda kanamadan şüphelenilen durumlarda çok faydalı ve hayat kurtarıcı olabilir. Eğer görüntüleme acil olmayan durumlarda yapılacaksa kraniyal MRG daha pahalı olması, daha uzun zaman alması ve sedasyona gerek olmasına rağmen BBT'den daha değerlidir.¹³

Ailenin anksiyetesi bazı durumlarda kraniyal görüntüleme istemeye neden olabilir.¹³ Bazen az görünen durumları dışlamak için de istenebilir.⁴⁴

Diğer tetkikler: Lomber ponksiyon enfeksiyon veya intrakraniyal basınç artışını değerlendirmede faydalıdır. Eğer hastada herniasyon şüphesi varsa, kontrendike olduğundan önce kraniyal görüntüleme tetkiki yapılmalıdır. Bakteriyel menenjitden kuvvetle şüphelenilen durumlarda görüntüleme beklenmeden tedavi başlanmalıdır.^{13,24}

Psikolojik değerlendirme: Psikolojik testler özellikle kronik migren, gerilim tipi baş ağrısı ve kronik nonprogressif baş ağrılarında faydalır. Eğer hastanın baş ağrısıyla ilişkili okul problemleri, aile sorunları, adolesan problemleri varsa psikiyatrik danışım istenmelidir.²⁴ Özellikle gerilim tipi baş ağrılarında psikolojik sorunlar sık görülebilir. Sarıoğlu ve ark. prospektif, multidisipliner çalışmasında gerilim tipi baş ağrısı olan çocukların %62'sinde psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır.⁵⁶

Sekonder Baş Ağrıları

Sekonder baş ağrıları, organik baş ağrıları olarak da adlandırılır ve etiyoloji, semptom kompleksleri ve seyir durumuna göre gruplandırılabilir. Eğer baş ağrısı son zamanlarda başlamışsa, artan şiddet ve sıklıktaysa, geceleri hastayı uyandırıyor, her zaman sabahları oluyorsa, projektil kusma ile birlikteyse, hasta şimdiye kadarki en şiddetli ağrı olduğunu söylüyorsa organik bozuklukdan şüphelenilmelidir. Öykü, fizik ve nörolojik muayene sonucunda akla gelen tanıya yönelik laboratuvar testleri yapılmalıdır.^{13,24-26,31,57} Sekonder baş ağrısı ana başlıkları Tablo 5'de, seyir durumlarına göre nedenleri Tablo 6'da sunulmuştur.⁵⁷

Baş ağrılı çocukta ayrıntılı öykü, fizik muayene sonucunda gereken laboratuvar testleri yapıldıktan sonra hastaya spesifik bir tanı konmaya çalışılır. Çocuklardaki baş ağrısını sınıflandırmak kolay değildir, IHS tanı kriterlerini tam karşılamayan baş ağrıları olabilir. Öncelikli olan altta yatan organik neden olup olmadığının ayırt edilmesidir.

Tablo 5. Organik kökenli baş ağrısı ana başlıkları.

-Konjenital anomaliler (Hidrosefali, Arnold Chiari malformasyonu gibi)
-Enfeksiyonlar (Sistemik, santral sinir sistemi, sinüzit gibi lokal enfeksiyonlar)
-İntrakraniyal yer kaplayan lezyonlar
-Vasküler (Hipertansiyon, vaskülit, tromboz, kanama gibi)
-Metabolik (Hipoksi, dehidratasyon, ateş gibi)
-Endokrin (Hipoglisemi gibi)
-Travma sonrası
-İlaç ve toksinler (Sürekli analjezik kullanımı, madde bağımlılığı gibi)
-Benign intrakraniyal hipertansiyon

Tablo 6. Organik kökenli baş ağrısı nedenleri.

Akut jeneralize	Akut lokalize
Sistemik enfeksiyon	Sinüzit
Santral sinir sistemi enfeksiyonu	Otit
Hipertansiyon	Oküler anormallikler
Travma	Dental hastalıklar
Hemoraji	Travma
Lomber ponksiyon sonrası	Oksipital nevralji
Emboli, tromboz	Temporomandibular eklem disfonksiyonu
Kollajen hastalıklar	
Nöbet sonrası	
Toksinler (Ör; kurşun)	
Hipoglisemi	
Elektrolit dengesizliği	
Efor sonrası	
Şant malfonksiyonu	
Benign intrakraniyal hipertansiyon	
Rekürrens	Kronik progressif
Vasküler hastalıklar	Neoplazmlar
Entoksikasyon	Nöbet sonrası
Beyin absesi	Benign intrakraniyal hipertansiyon
Efor sonrası	Subdural hematom
MELAS	Hipertansiyon
Hipoglisemi	Entoksikasyon
Hipertansiyon	Anevrizma
	Hidrosefali
	Konjenital malformasyonlar
	İlaçlar

İlk başvuruda tanıda sıkıntı varsa baş ağrısı günceşi ile izlem sonucunda tekrar değerlendirerek karar vermek uygun olur. Hastanın izleminde değişen baş ağrısı özellikleri var ise tekrar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Day WH. Essays on diseases of children. London: J Churchill; 1873.
2. Bille BS. Migraine in school children. Acta Pediatr Scand 1962;51:1.
3. Friedman AP, Harms E. Headaches in children. Springfield, III: Charles C Thomas, 1967.
4. Winner P, Rothner DA. Headache in children and adolescents. Canada: BC Decker; 2001.
5. Friedman AP, Finley KH, Graham JR. Classification of headache. Arch Neurol 1962;6:173-6.
6. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1-96.
7. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-160.
8. Robert HA. The nervous system. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB eds. Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. p.1832-5.

9. De Vivo DC. The nervous system. In: Rudolph AM, Hoffmann JIE, Rudolph CD, eds. *Rudolph's Pediatrics*. 20th ed. Connecticut: Appleton Lange; 1996. p.1960-4.
10. Menkes JH, Sankar R. Paroxysmal Disorders. In: Menkes JH, Sarnat HB, eds. *Child Neurology*. 6th ed. Philadelphia: A. Wolters Kluwer Company; 2000. p.995-1002.
11. Aicardi J. *Diseases of the Nervous System in Children*. 2nd ed. London: Mac Keith Press; 1998. p.647-52.
12. Fenichel GM. *Clinical Pediatric Neurology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. p.77-89.
13. Rothner DA. Headaches. In: Swaiman KF, Ashwal SD, eds. *Pediatric Neurology (Principles and Practice)*. 3rd ed. St. Lois Missouri, Mosby; 1999. p.747-58.
14. Mortimer J, Kay J, Arban A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992;34:1095-101.
15. Sillanpaa M. Prevalence of migraine and other headache in Finnish children starting school. *Headache* 1976;15: 288-90.
16. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in school children. *BMJ* 1994;309:765-9.
17. Alparslan Y. Sivas İli Merkezinde 7-14 Yaş Grubu İlköğretim Çocuklarında Migren Baş Ağrısı Prevelansına, Klinik Özelliklerine ve Renk Görme Defekti ile Olan Birlikteliğine İlişkin Tarama Çalışması. Uzmanlık tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, 2001.
18. Özge A, Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kaleağası H, Kurt O, Karakelle A, et al. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: A school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia* 2003;23:138-45.
19. Sillanpaa M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during in the first seven school years. *Headache* 1983;23:15-9.
20. de Grauw TJ, Hershey AD, Powers SW, Benti AL. Diagnosis of migraine in children attending a pediatric headache clinic. *Headache* 1999;39:481-5.
21. Rossi LN, Cortinovis I, Menegazzo L, et al. Classification criteria and distinction between migraine and tension-type headache in children. *Dev Med Child Neurol* 2001;43:45-51.
22. Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA, Reggin JD. International Headache Society classification and diagnostic criteria in children: A proposal for revision. *Dev Med Child Neurol* 1995;37:879-82.
23. Moore KL. Management of chronic headache in the era of managed care. *The Neurologist* 1997;3:209-40.
24. Rothner DA. Evaluation of headache. In: Winner P, Rothner DA, eds. *Headache in Children and Adolescents*. Canada: BC Decker; 2001. p.21-32.
25. Forsyth R, Farrel K. Headache in childhood. *Pediatr in Review* 1999;2:39-45.
26. Annequin D, Tourmiare B, Massiou H. Migraine and Headache in childhood and adolescence. *Pediatr Clinic North Am* 2000;47:617-31.
27. Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J. Headache diary in the diagnosis of childhood migraine. *Headache* 1997;37:240-4.
28. Wasiewski WW. Preventive therapy in pediatric migraine. *J Child Neurol* 2001;16:71-8.
29. Lewis DW, Middlebrook MT, Mehallck L, et al. Pediatric headaches: What do the children want? *Headache* 1996; 36:224-30.
30. Stafstrom CE, Rostasy K, Minster A. The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache. *Pediatrics* 2002;3:460-72.
31. Hockaday JM, Barlow CF. Headache in children. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The Headaches*. 1st ed. Philadelphia: A Wolters Kluwer Company; 1993. p.795-806.
32. Sriwatanakul K, Kelwie W, Lasagna L, et al. Studies with different types of visual analog scales for measurement of pain. *Clin Pharmacol Ther* 1983;34:234-9.
33. Uyar M. Çocuklarda ağrının değerlendirilmesi ve ölçümü. *Galenos* 1997(11):35-7.
34. Maunukela E, Olkkola KT, Korpela R. Measurement of pain in children with self-reporting and behavioral assessment. *Clin Pharmacol Ther* 1987;42:137-41.
35. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, et al. Headache etiology in a pediatric emergency room. *Pediatr Emerg Care* 1997;13:1-4.
36. Lewis DW, Qureshi FA. Acute headache in the pediatric emergency department. *Headache* 2000;40:200-3.
37. Li Kan, Nagelberg J, Mytal J. Headaches in a pediatric emergency department: Etiology, imaging and treatment. *Headache* 2000;40:25-9.
38. Silberstein SD, Willcox TO. Nasal disease and sinus headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ eds. *Wolff's Headache and Other Pain*. New York: Oxford University Press; 2001:494-508.
39. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache or migraine? Considerations in making a differential diagnosis. *Neurology* 2002;58(Suppl 6):10-4.
40. Martin TJ, Corbett JJ. Disorders of the eye. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and Other Pain*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 459-74.
41. Cameron ME. Headaches in relation to the eyes. *Med J Aust* 1976;1:292-4.
42. American Academy of Ophthalmology. *Pediatric Eye Evaluations* 1997.
43. Bazil CW. Migraine and epilepsy. *The Neurologic Clinics of North America Epilepsy*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1994. p.115-28.
44. Aysun S, Yetük M. Clinical experience on headache in children: Analysis of 92 cases. *J Child Neurol* 1998;13: 202-10.
45. Örken DN, Yalçın D, İsmihanoğlu B, Forta H. Auralı migrenli olgularda EEG. *Epilepsi* 2001;7:100-4.
46. Lahat E, Nadir E, Barr J, et al. Visual evoked potentials: A diagnostic test for migraine headache in children. *Dev Med Child Neurol* 1997;39:491-3.
47. van Dijk, Ferrari MD, Peters ACB. Visual evoked responses in children with migraine. *Lancet* 1990;335:480-4.
48. Ünay B, Ulaş Ü, Kısmet E, Akin R, Gökçay E. Baş Ağrısı olan çocuklarda vizuel uyarılmış potansiyeller. *Türkiye Klinikleri Pediatrı Dergisi* 2002;3:144-7.
49. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. *Neurology* 1994;44:1353-4.
50. Lewis DW. Headache in the pediatric emergency department. In: Winner P, Rothner DA, eds. *Headache in Children and Adolescents*. Canada: BC Decker; 2001. p.163-81.
51. Wöber-Bingöl Ç, Wöber C, Prayer D, et al. Magnetic resonance imaging for recurrent headache in childhood and adolescence. *Headache* 1996;36:83-90.
52. Maytal J, Bienkowski RS, Patel M, Eviatar L. The value of brain imaging in children with headaches. *Pediatrics* 1995;96:413-6.
53. Straussberg R, Amir J. Headaches in children younger than 7 years: Are really benign? *Arch Neurol* 1993;50:130-1.
54. Lewis DW, Dorbad D. The utility of neuroimaging in the evaluation of children with migraine or chronic daily headache who have normal neurological examinations. *Headache* 2000;40:629-32.
55. Alehan FK. Value of neuroimaging in the evaluation of neurologically normal children with recurrent headache. *J Child Neurol* 2002;17:807-9.
56. Sarıoğlu B, Erhan E, Serdaroğlu G, Gökçe Doering B, Eremiş S, Tütüncüoğlu S. Tension-type headache in children: A clinical evaluation. *Pediatrics International* 2003; 45:186-9.
57. Rothner DA, Hershey A. Secondary headaches. In: Winner P, Rothner DA, eds. *Headache in Children and Adolescents*. Canada: BC Decker; 2001. p.33-46.