

***“acil servise
baş ağrısı yakınmasıyla getirilen
çocuğa yaklaşım”***

***VI. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi
2 Nisan 2009, İstanbul***

**okul çocuklarında yaşamın herhangi bir
döneminde baş ağrısı yakınması**

~ %90

okul veya aile sorunları



kafa içi tümörleri

“epidemiyoloji”

Türkiye'de yapılan çalışmalar;

Özge ve ark. - ilkokul 2-5. sınıfa giden 5.562 çocuk

- yineleyen baş ağrısı sıklığı %49.2
- güncel baş ağrısı sıklığı %31.3
- gerilim tipi baş ağrısı sıklığı %24.7
- migren sıklığı %10.4

Işık ve ark. - 2.669 ilkokul çocuğu

- baş ağrısı sıklığı %46.2
- migren sıklığı %3.4
- olası migren sıklığı %8.7
- migren dışı baş ağrısı sıklığı %34.1

“acil servise baş ağrısıyla getirilen çocuklar”

tüm acil servis başvuruları içinde oranı ~ %1

“Türkiye'den yayımlanmış çalışma ?”

“acil servise baş ağrısıyla getirilen çocuklar”

“sekonder” selim baş ağrısı

– %63.2; %59.6; %60.6; %35.4

“sekonder” yaşamı tehdit eden baş ağrısı

– %15.3; %14.9; %4.3; %4.1

“primer” baş ağrısı

– %10; %18; %24.3; %24.5

sınıflandırılmayan baş ağrısı

– %11.5; %7; %10.8; %36

(Kan ve ark., 2000; Lewis ve Qureshi, 2000;

Leon Diaz ve ark., 2004; Conicella ve ark., 2008)

“acil servise baş ağrısıyla getirilen çocuklar”

2-18 yaş 432 çocuk (%53 erkek; %47 kız)

- %19.2 ÜSYE
- %18.5 migren
- %5.5 post-travmatik baş ağrısı
- %4.6 gerilim baş ağrısı
- %4.1 yaşamı tehdit eden sorunlar

(%1.6 menenjit; %0.9 akut hidrosefali; %0.7 tümörler)

“öncelikli amaç”

- ***“primer” baş ağrısı / “sekonder” baş ağrısı ayırıcı tanısı***
 - *öykü*
 - *fizik muayene*
 - *nörolojik muayene*
 - *tanısal testler*

“ikincil amaçlar”

“sekonder” baş ağrısı düşünülüyorsa

- yaşamı tehdit eden bir durum var mı?

“primer” baş ağrısı düşünülüyorsa

- özgül bulgularla ayırıcı tanı yapılabilir mi?
 - migren, gerilim baş ağrısı, küme baş ağrısı, vb.
- akut tedaviyi nasıl planlayalım?
- koruyucu tedavi gerekiyor mu?

“algoritmik yaklaşım”

- immün yetersizlik
- VP şant
- travma

öyküsü olan çocuklarda baş ağrısı, aksi kanıtlanana kadar “sekonder” etyolojili kabul edilmeli

risk faktörü taşımayan çocuklarda acil değerlendirilmede “algoritmik” yaklaşım yapılabilir

“baş ağrısı öyküsü”

- ***akut***
- ***akut ve yineleyen***
- ***kronik ve ilerleyici olmayan***
- ***kronik ve ilerleyici***

“çocuklarda baş ağrısının etyolojik sınıflaması”

“akut”

-lokalize

- üst solunum yolu enfeksiyonları (sinüzit, otitis media, influenza)
- travma
- ağız içi sorunları (diş absesi, temporo-mandibuler eklem disfonksiyonu)
- ilk migren atağı

-generalize

- sistemik enfeksiyon (influenza, menenjit)
- hipertansiyon
- kafaiçi kanama
- egzersiz
- CO zehirlenmesi
- ilk migren atağı

“akut ve yineleyen”

- migren
- gerilim tipi baş ağrısı

“kronik ve ilerleyici olmayan”

- gerilim tipi baş ağrısı
- psikiyatrik bozukluklar (depresyon, okul fobisi, vb.)

“kronik ve ilerleyici”

- idyopatik kafaiçi basınç artışı
- kafaiçinde yer kaplayan lezyonlar
(tümör, abse, kanama, hidrosefali)

“öykü”

- başlangıç yaşı
- aura veya prodrom bulgularının varlığı veya yokluğu
- atakların sıklığı, ağırlığı ve süresi
- atakların okul veya aktivite kaybına neden olup olmadığı
- atakların gün içinde başlangıç zamanı
- ağrının tipi, yerleşimi ve yayılımı
- eşlik eden bulgular
- ailede migren öyküsü
- ağrıyı kolaylaştıran ya da gideren faktörler

“öykü”

- aktiviteyle ağrı arasındaki ilişki
- gıdalarla ağrı arasındaki ilişki
- daha önce uygulanan tedavilere alınan yanıtlar
- yakın zamanda tartı veya görme işlevinde değişiklik
- yakın zamanda travma varlığı
- egzersiz, uyku veya diyetle ilgili değişiklikler
- genel sağlık durumu
- okul veya evle ilgili sorunlar
- çevresel faktörlerle olası ilişkiler

“kafaiçi patolojilerle ilişkili bulgular”

baş ağrısıyla başvuran, bilinen nörolojik sorunu olmayan ve kraniyal MRG yapılan 315 çocuk;

- 13 çocukta (%4) kafaiçi kitle!

“7 risk faktörü”;

- uykudan uyandıran baş ağrısı*
- ailede migren öyküsü olmaması*
- kusma*
- göz bulgularının varlığı (papilödem, vb.)*
- baş ağrısı süresinin 6 aydan kısa olması*
- konfüzyon*
- nörolojik muayenede normal olmayan bulgular*

Medina LS, Pinter JD, Zurakowski D, et al. Children with headache: clinical predictors of surgical space-occupying lesions and the role of neuroimaging. Radiology 1997; 202: 819.

“kafaiçi patolojilerle ilişkili bulgular”

acil servise baş ağrısı yakınmasıyla getirilen 150 çocuk;

- ***27 olguda yaşamı tehdit eden acil sorun***
 - viral menenjit
 - VP şant işlev bozukluğu
 - kafaiçi kanama
 - arka çukur tümörü
 - epileptik nöbet
 - kafa travması

“risk faktörleri”

- oksipital baş ağrısı
- ağrı tipinin ifade edilmesinde güçlük
- nörolojik bulguların varlığı
(ataksi, hemiparezi, papilödem, vb.)

“kafaıçı patolojilerle ilişkili diğer bulgular”

- büyüme bozuklukları
- ense sertliđi
- baş ağrısının öksürük, miksiyon ve defekasyonla artması
- yineleyen, lokalize baş ağrısı
- baş ağrısının sıklığı ve şiddetinde giderek artış
- medikal tedaviye yanıtırsızlık
- letarji
- kiřilik deđiřikliđi
- zonklayıcı kulak çınlaması

“fizik muayene”

- **baş ağrısı yakınması olan tüm çocuklarda;**
 - *tartı, boy, baş çevresi*
 - *kan basıncı ve nabız*
 - *boyun, orbital bölge ve kafatasının oskültasyonu*
 - *fundoskopi ve otoskopi*
 - *baş, boyun, ense ve spinal bölgenin palpasyonu*
 - *ayrıntılı nörolojik muayene*

“baş ağrısı öyküsünün tanı için yönlendirici olmadığı olgularda fizik muayene genellikle normaldir”

“radyolojik görüntüleme”

BBT ? MRG ?

- BBT

- *kafaiçi kanama*
- *yer kaplayan lezyon*

- MRG

- *kraniyo-servikal bölge lezyonları*
- *sella lezyonları*
- *ak madde sorunları*
- *yapısal beyin anomalisi*
- *BBT normal, şüphe giderilemediyse*

- migren tipi ya da kronik ilerleyici olmayan baş ağrısı olan
- nörolojik muayenesi normal olan
- kafa içi basınç artışıyla uyumlu klinik bulguları olmayan çocuklarda

“kraniyal görüntülemeye gerek yoktur”

metaanaliz – 6 çalışma

1.275 çocuk- yineleyen baş ağrısı yakınması

- 605 çocuğa kraniyal görüntüleme
- 97 çocukta (%16) radyolojik sorun
 - 79'unda ileri değerlendirmeye gerek görülmemiş
 - 14 olguda cerrahi girişim gerektiren lezyon
 - (10 tümör, 3 vasküler malformasyon, 1 araknoid kist)
 - 4 olguda medikal tedavi gerektiren lezyon

“cerrahi tedavi gereken tüm olgularda normal olmayan nörolojik muayene bulguları saptanmış”

Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D. 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: 490.

**“The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology”
ve “Practice Committee of Child Neurology Society” Önerileri (2002)**

***travma, ateş veya diğer etkenlerle ilişkili olmayan,
yineleyen baş ağrısı olan 3-18 yaş çocuklarda;***

- nörolojik muayene normale kraniyal görüntüleme gereksizdir
- nörolojik muayene bulgusu ve/veya eşlik eden nöbet varlığında kraniyal görüntüleme düşünülmelidir
- yakın zamanda başlayan şiddetli baş ağrısı varlığında, baş ağrısının karakterinde değişme olduğunda veya nörolojik işlev bozukluğu düşündürülen bulguların varlığında kraniyal görüntüleme düşünülmelidir

“lomber ponksiyon”

- kafaiçi enfeksiyon
- “psödötümör serebri”;
şüphesi giderilemediğinde

“psödötümör serebri tanısının doğrulanabilmesi için açılma basıncının ölçülmesi gerekir”

“EEG”

- rolandik dikenler normal çocuklara göre daha sık (%9'a %1.9)
- hemimigren sendromlarında EEG'de fokal yavaşlama görülebilir

nöbet şüphesi yoksa EEG gereksiz!

“migren tedavisi”

- atak tedavisi
- koruyucu tedavi
- davranışsal tedavi

“migren atak tedavisi”

ilk basamak tedavi

- steroid olmayan antiienflamatuvarlar
 - ibuprofen
 - naproksen sodyum
 - parasetamol
 - aspirin

“sedatif ve narkotik ilaçlar uygun değil!”

“ibuprofen parasetamol etkinlik karşılaştırılması”

10 mg/kg/doz ibuprofen / 15 mg/kg/doz parasetamol / plasebo

- 1 ve 2. saatin sonunda ibuprofen, parasetamol ve plaseboya göre daha etkili
- parasetamol 2. saatin sonunda plasebodan daha etkili

Hamalainen ML, Hoppu K, Valkeila E. Ibuprofen or acetaminophen for the acute treatment of migraine in children. *Neurology* 1997; 48: 103-107.

7.5 mg/kg/doz ibuprofen daha etkili

Lewis DW, Kellstein D, Dahl G, et al. Children's ibuprofen suspension for the acute treatment of pediatric migraine. *Headache* 2002; 42: 780-786.

“ibuprofen migren atak tedavisinde temel ilaç!”

“migren atak tedavisi- triptanlar”

- ilk basamak tedavi etkisiz kaldığında triptanlar
 - 5HT-1B/D agonistler
 - 7 farklı triptan; çocuklarda kullanım onayları yok
 - sumatriptan, zolmitriptan ve rizatriptanın tablet ve nazal şekillerinin etkili olduğunu bildiren çok sayıda çalışma var

“triptanların kullanımını için iki yöntem”

- aşamalı atak tedavisi
 - *çocuklar için daha uygun!*
- sınıflandırılmış tedavi yaklaşımı

“migren atak tedavisinde yanlış uygulamalar”

- aşırı analjezik kullanımı önemli bir sorun
 - *“rebound” baş ağrısı*
 - *kronik günlük baş ağrısının sık bir nedeni*
- haftada 3 dozdan fazla analjezik kullanımı
“rebound” baş ağrısı riskinde artış
- atak tedavisine geç başlanması ya da düşük doz analjezik kullanımı başarısızlık nedeni

“status migrenozus”

- klasik tedavilere yanıt alınamaması
- +
- atağın 72 saatten uzun sürmesi

“status migrenozuslu hastaların acil servise yatırılması ve hızlı/yoğun tedavisi gerekir”

“acil serviste kullanılabilir ilaçlar”

- anti-dopaminerjikler
 - proklorperazin
 - metaklopramid
- ketorolak
- dihidroergotamin
- antiepileptikler
 - valproat
- triptanlar

“dopamin antagonistleri”

- İV yol kullanılmalı, oral yol etkisiz
- İV sıvı yükleme + proklorperazin
 - 1. saatte %75 düzelme, %50 ağrısızlık
 - 3. saatte %95 düzelme, %60 ağrısızlık

Kabbouche M, Vockell ALB, LeCates SL, et al. Tolerability and effectiveness of prochlorperazine for intractable migraine in children. Pediatrics 2001; 107: 62.

- proklorperazin, metaklopramid, plasebo karşılaştırması
 - en iyi yanıt proklorperazinle

Coppola M, Yealy DM, Leibold RA. Randomized, placebo controlled evaluation of prochlorperazine versus metoclopramide for emergency department treatment of migraine headache. Ann Emerg Med. 1995; 26: 541-546.

“ekstrapiramidal yan etkilere dikkat!”

“ketorolak”

- tek başına kullanımda etkinliği %55.2
- proklorperazinle birlikte etkinliği %93

Brousseau DC, Duffy SJ, Anderson AC, et al. Treatment of pediatric migraine headaches:

A randomized, double blind trial of prochlorperazine versus ketorolac. Ann Emerg Med 2004; 43:

256-262.

“ergot alkaloidleri- dihidroergotamin (DHE)”

- DHE ve valproatın acil tedavide karşılaştırılması
 - 1, 2 ve 4. saatlerde etkinlikler benzer
 - 24. saatte DHE daha etkili (%90'a %60)

Edwards KR, Norton J, Behnke M. Comparison of intravenous valproate versus intramuscular dihydroergotamine and metoclopramide for acute treatment of migraine headache. Headache 2001; 41: 976-980.

- düşük doz DHE uygulaması

Larkin G. Intravenous ketorolac vs prochlorperazine for the treatment of migraine headaches. Acad Emerg Med 1999; 6: 668-670.

- yüksek doz DHE uygulaması

Kabbouche MA, Linder SL. Acute treatment of pediatric headache in the emergency department and inpatient settings. Pediatr Ann 2005; 34: 466-471.

“sodyum valproat”

- acil tedavide kullanımla ilgili kanıt yetersiz
- sodyum valproat 15-20 mg/kg/doz İV yavaş infüzyon; 4 saat içinde oral tedaviyle devam edilmesi

Mathew NT, Kailasam J, Meadors L, et al. Intravenous valproate sodium (Depacon) aborts migraine rapidly: a preliminary report. *Headache* 2000; 40: 720-723.

- sodyum valproat 15 mg/kg/doz İV yükleme, baş ağrısı geçene kadar 8 saat aralarla 5 mg/kg ek dozlar
(en fazla 10 doz)

Schwartz TH, Karpitskiy VV, Sohn RS. Intravenous valproate sodium in the treatment of daily headache. *Headache* 2002; 42: 519-522.

“migren koruyucu tedavisi”

atak sıklığının ayda en az 2-3 olması öneriliyor!

- **antiepileptikler**

- sodyum valproat
- topiramamat

- levetirasetam
- gabapentin

- **antidepresanlar**

- amitriptilin

- **antiserotoninerjikler**

- siproheptadin

- **antihipertansifler**

- beta blokerler
- flunarizin, nimodipin

- **riboflavin, CoQ**

“migrende davranışsal tedavi”

• “amaçlar”

- hastanın baş ağrısını kontrol edebilmesini öğretmek
- baş ağrısıyla ilgili işlev kaybını ve duygudurum bozukluğunu azaltmak
- aşırı analjezik kullanımını engellemek
- tedaviye uyumu sağlamak

• “yöntemler”

- tedaviye uyum
- yaşam tarzı değişiklikleri
- psikolojik uygulamalar
 - *“biofeedback” destekli gevşeme tedavisi*
 - *bilişsel davranışsal tedavi*

“migren”

- çocuklarda akut ve yineleyen baş ağrısının en önemli nedeni
- bulantı, kusma, karın ağrısının eşlik ettiği ve uykuyla bulguların gerilediği gelip geçici baş ağrısı atakları
- sütçocukluğu dahil tüm yaşlarda görülebilir
- prevalansı yaşla birlikte artar;
 - *7 yaşında %1-3*
 - *7-15 yaşlarında %4-11*
- yaşla birlikte kız erkek oranı artar;
 - *7 yaşından önce erkeklerde daha fazla*
 - *11 yaşından sonra kızlarda daha fazla*

“migren”

- ***“tanı ölçütlerinde erişkinlere göre farklılıklar”***
- çocuklarda migren atakları 1-72 saat sürebilir
- (erişkinlerde 4-72 saat)
- baş ağrısı çocuklarda genellikle iki yanlıdır, erişkinlerde görülen tipik tek yanlı baş ağrısı genellikle adolesan dönemden itibaren görülür
- oksipital baş ağrısı çocuklarda nadirdir
- küçük çocuklarda fotofobi ve fonofobiyi değerlendirmek zordur, davranışlarda değişiklik şeklinde bulgu verebilir

“migren”

- ***“klinik bulgularda erişkinlere göre farklılıklar”***
-
- küçük çocuklarda solukluk dönemleri, aktivitede azalma ve kusma sık
- baş ağrısı erişkinlerde sabah erken saatlerde başlamasına karşın, çocuklarda genellikle öğleden sonra başlar
- ağrının yerleşimi çocuk ve erişkinlerde farklı

- ***“migren baş ağrısının yerleşim özellikleri”***

- çocuklarda en sık frontal bölge (%60.9), erişkinlerde oküler (%53.1) ve temporal bölgede (%38.6)
- çocuklarda verteks yerleşimi çok nadir
- holokraniyal baş ağrısı çocukların üçte birinden fazlasında görülmesine karşın erişkinlerde nadir
- serviko-oksipital başlangıçlı baş ağrıları çocuklarda (%11.5) erişkinlere göre (%26.4) daha az
- tek yanlı oküler, frontal veya temporal baş ağrısının hemikraniyal baş ağrısına dönüşümü çocuklarda erişkinlere göre daha nadir (%19.5'e %33)
- tek yanlı başlayan baş ağrıları çocuklarda sıklıkla iki yanlı veya holokraniyal dönüşüm gösterirken, erişkinlerde bu dönüşüm çok azdır (%48.5'e %19.6)

“2004 Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması”

MİGREN

Aurasız migren

Auralı migren

Migren başağrısıyla birlikte tipik aura

Non-migren başağrısıyla birlikte tipik aura

Baş ağrısı olmaksızın tipik aura

Familyal hemiplejik migren

Sporadik hemiplejik migren

Baziler migren

Çocukluk çağının migren öncüsü kabul edilen periyodik sendromları

Siklik kusma

Abdominal migren

Benign paroksizmal vertigo

Retinal migren

Migren Komplikasyonları (kronik migren, migren statusu, migrenöz infarkt, vb)

Olası migren

AURASIZ MİGREN TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. En az 5 atak
- B. Tedavi edilmediğinde ya da yetersiz tedavi edildiğinde 1-72 saat süren baş ağrısı atakları
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalı
 - Tek taraflı yerleşim
 - Zonklayıcı karakter
 - Orta veya ağır şiddetli
 - Rutin fiziksel egzersizle tetiklenme veya fizik egzersizden (yürüme, merdiven çıkma, vb) kaçınma
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az biri olmalıdır
 - Bulantı, kusma veya her ikisi
 - Fotofobi ve fonofobi
- E. Baş ağrısının başka bir hastalıkla açıklanamıyor olması

AURALI MİGREN (KLASİK MİGREN)

A. En az 2 atak

B. Tipik aura kriterlerini dolduran migren aurası, hemiplejik aura veya baziler tip aura

C. Baş ağrısının başka bir hastalıkla açıklanamıyor olması

TİPİK AURA

1. Tam olarak geri dönüşümlü vizüel, sensöryel veya konuşma semptomları (tek tek veya birarada olabilirler); motor güçsüzlük beklenmez
2. Pozitif (noktalar, çizgiler, uçuşan ışıklar, vb.) ya da negatif (vizyon kaybı, vb.) vizüel özellikleri kapsayan homonim veya iki yanlı görsel semptomlar; pozitif (görme kaybı, batma, karıncalanma, vb) ve negatif (uyuşma, hissizlik, vb.) duysal özellikleri kapsayan tek taraflı duysal semptomlar
3. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı
 - a) En az 1 semptom 5 dakikadan uzun bir sürede aşamalı olarak ortaya çıkar ya da farklı semptomlar sırayla ortaya çıkar
 - b) Her semptom en az 5 dakika sürer ve en geç 60 dakika içinde kaybolur
4. Aurasız migren tanı ölçütlerini karşılayan baş ağrısı aura döneminde veya aura kaybolduktan sonraki 60 dakika içinde başlar

- ***“Prensky ölçütleri”***

- baş ağrısına eşlik eden karın ağrısı, bulantı veya kusma
- tek yanlı baş ağrısı
- zonklayıcı, “pulsatil” baş ağrısı
- istirahat sonrası baş ağrısında hafifleme
- görsel, duysal ya da motor aura
- aile üyelerinden en az birinde migren öyküsü

- ***“çocukluk çağı migreni tanısı için en az 3 ölçütün varlığı”***

“gerilim tipi baş ağrısı”

“ayırtedici özellikler”

- iki yanlı (bant şeklinde), bası-sıkışma hissi
- zonklayıcı değildir
- süresi 30 dakikadan birkaç güne değişebilir
- bazen fotofobi ve fonofobi eşlik edebilir
- karın ağrısı, bulantı, kusmanın eşlik etmesi beklenmez
- rutin fizik aktiviteyle tetiklenmez
- günlük aktiviteler ve okul devamlılığı genellikle etkilenmez
- değişen oranlarda bildirilmektedir (%0.9-26)
- çoğu kez 5 yaşından sonra ortaya çıkar
- 10 yaşından sonra özellikle kız çocuklarında daha sıklaşır

“gerilim tipi baş ağrısı”

IHS 2004 baş ağrısı sınıflandırmasında gerilim tipi baş ağrıları 3 alt gruba ayrılmıştır:

- ayda bir kezden daha nadir epizodik gerilim tipi baş ağrıları
- ayda 1-14 gün görülen sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı
- ayda 15 gün veya daha fazla görülen kronik gerilim tipi baş ağrısı

“gerilim tipi baş ağrısı”

“klinik özellikler”

- fizik muayene genellikle normaldir
- oksipital / paraservikal bölgede hassasiyet saptanabilir

“psikolojik destek”

- olgunun ve ailenin psikolojik değerlendirmesi önemlidir
- yaşamı tehdit eden bir sorun olmadığı konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir
- stres faktörleri saptanmalı, mümkünse en aza indirilmeye çalışılmalıdır.

“gerilim tipi baş ağrısı”

“tedavi”

- nadir epizodik gerilim tipi baş ağrısı

- steroid olmayan antiinflamatuvarlar, parasetamol gibi basit analjezikler tercih edilmelidir
- aspirin Reye sendromu riski; ergotamin, butalbital, kodein ve kafein içeren kombine ürünler bağımlılık riski nedeniyle önerilmemektedir

- sık epizodik veya kronik gerilim tipi baş ağrısı

- epizodik ataklar öncelikle basit analjeziklerle tedavi edilmeye çalışılır, yanıt alınmazsa trisiklik antidepresanlar yararlı olabilir
- selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin etkinliği kesin değildir
- antidepresan tedavi davranışsal tedaviyle desteklendiğinde etkinliğinde belirgin artış bildirilmiştir.

“kronik günlük baş ağrısı”

organik bir patoloji olmaksızın, en az 3 aylık bir süreçte, ayda 15 günden fazla süren baş ağrısı ataklarıyla tanımlanır

IHS 2004 baş ağrısı sınıflaması

- kronik migren
- kronik gerilim tipi baş ağrısı
- yeni günlük persistan baş ağrısı
- “hemikraniya kontinua”

Tayvan'da 7900 okul çocuğunda yapılan çalışma

- kronik günlük baş ağrısı sıklığı %1.5

“kronik günlük baş ağrısı”

risk faktörleri;

- *majör depresyon*

- *aşırı analjezik kullanımı*

“analjeziklerin kesilmesi baş ağrısı ataklarında belirgin azalma yapmaktadır”

“küme baş ağrısı”

“tipik özellikler”

- 10 yaşından önce çok nadir
- her zaman tek taraflı
- en sık frontal-periorbital yerleşimli
- ağrı atakları çok şiddetli ve 15 dakika- 3 saat süreli
- ataklar günde 8 veya günden fazla 1 atak sıklığında gelebilir

“eşlik eden bulgular”

- lakrimasyon
- oftalmik hiperemi
- yüzde terleme
- Horner sendromu
- rinore
- nazal konjesyon
- göz kapağında ödem

“küme baş ağrısı”

epizodik tip

7 gün-1 yıl süren ağrı atakları dönemini takiben, tedavisiz en az 1 ay süren ağrısızlık dönemleri

kronik tip

1 yıldan uzun süreli ağrı atakları dönemine remisyon eşlik etmez veya remisyon süresi tedavisiz 1 aydan kısa sürelidir.

atakların sonlandırılmasında;

- oksijen, metiserjid, verapamil, zolmitriptan ve DHE etkili olabilir
- parasetamol, ibuprofen, parasetamol/kodein kombinasyonu gibi klasik analjezikler etkisiz

koruyucu tedavide;

- propranolol veya pizotifenin yararsız