

Peavalud lapseeas

Ulvi Vaher¹, Eve Õiglane-Šlik^{1,2}

Eesti Arst 2016;
95(4):242–249

Saabunud toimetusse:
30.11.2015
Avaldamiseks vastu võetud:
17.02.2016
Avaldatud internetis:
29.04.2016

¹TÜ Kliinikumi lastekliinik,
²TÜ lastekliinik

Kirjavahetajaautor:
Ulvi Vaher
ulvi.vaher@kliinikum.ee

Võtmesõnad:
lapsed, peavalude
klassifikatsioon, diagnoosi
kriteeriumid, ravi

Peavalu on üks sagedasemaid arsti poole pöördumise põhjusi lastel ja noorukitel lihasluukonna ning kõhuvalude järel: seda esineb 54%-l lastest. Praegu on peavalude diagnoosimisel kasutusel rahvusvahelise peavaluhäirete klassifikatsiooni III väljaande esialgne ehk beetaversioon. Selle alusel jaotatakse peavalud kolme suurde rühma: primaarsed peavalud, sekundaarsed peavalud ja valulikud kraniaalsed neuropaatiad ning teised näo- ja peapiirkonna valud. Ka lastel nii nagu täiskasvanutel on kõige sagedasemad primaarsed peavalud, kuid oluline on diagnoosimisel välistada esmalt sekundaarsed peavalud. Järgneb õige peavalutüübi diagnoosimine ning seejärel sobivaimate leevendus- ja ravivõtete leidmine. Diagnostikas, haiguse kulu jälgimisel ning ravi tõhususe hindamisel on asendamatuks peavalupäevik. Primaarsete peavalude ravi hõlmab hoo ravi ja vajaduse korral profülaktilist ravi.

Peavalu on üks sagedasemaid arsti poole pöördumise põhjuseid lastel ja noorukitel lihasluukonna ja kõhuvalude järel. Peamiseks pöördumise põhjuseks on hirm, kuna lapsevanemad arvavad, et lastel esineb peavalu väga harva ning see on mõne muu raske haiguse (ajukasvaja, meningiit) väljenduseks. Tegelikult esineb peavalusid keskmiselt 54%-l lastest (1). Enamik neist on primaarsed. Sekundaarsete peavalude kõige sagedasem põhjus on infektsioon: 40%-l lastest, kes pöördusid erakorralise meditsiini osakonda peavalu tõttu, oli selle põhjuseks ülemiste hingamisteede viirusinfektsioon (2). Kõigist ajukasvajaga lastest esines peavalu vaid 33%-l (3). Samas on siiski leitud, et kõige sagedasem esmassümptom ajukasvajaga lastel on peavalu (4).

Õige peavalutüübi diagnoosimine ning sobivaimate ravi- ja leevendusvõtete leidmine on primaarsete peavalude korral oluline juba lapseeas, sest 73%-l, kellel oli esinenud lapseeas peavalusid, püsisid need ka täiskasvanuna ning siis on käsitlustaktika leidmine kergem (5).

Terminoloogia ja diagnoosikriteeriumite ühtlustamiseks on alates 2013. aastast kasutusel rahvusvahelise peavaluhäirete klassifikatsiooni III väljaande esialgne ehk beetaversioon (*ICHD-3 beta*) (6). Selle järgi eristatakse kolme suurt häirete rühma: I – primaarsed peavalud, II – sekundaarsed peavalud ja III – valulikud kraniaalsed neuropaatiad, teised näo- ja peapiirkonna valud. Kokku on klassifikatsioonis umbes 200 peavaludiagnoosi võimalust (6), millest 113 võivad esineda ka lastel (7).

ICHD-3 beta ei ole mõeldud päheõppimiseks või täies mahus meelespidamiseks. Igapäevases praktikas on oluline abi temast siis, kui on tegemist harva esinevate peavaludega või kui diagnoos on ebaselge. Kindlasti tuleb klassifikatsiooni järgida peavaludega seonduvates teadusuuringutes.

ICHD-3 beta on üles ehitatud hierarhiliselt: enamik peavalu diagnoose on võimalik vormistada kuni viiel tasandil. Diagnoosi detailsus sõltub eesmärgist ning võimalustest. Esmatasandil on oluline diagnoosi püstitamine esimese või teise astme täpsusega. Näiteks, et tegemist on ühega primaarsetest peavaludest ehk migreeniga ning just auraga migreeniga. Diagnoosi täpsustamisel kõrgemas ravietapis võib sinna lisanduda alatüüp hemipleegiline migreen ning selle üks vormidest perekondlik hemipleegiline migreen, mis omakorda jaotatakse veel neljaks. Oluline on diagnoosides välja tuua kõik patsiendil esinevad eri tüüpi peavalu vormid: näiteks krooniline migreen ja ravimitest põhjustatud peavalud. Diagnoosi kriteeriumites on enamasti esmalt välja toodud, kui palju peab olema seda tüüpi peavalusid esinenud, ja siis esitatud teised tingimused, millele mingi peavalutüüp peaks vastama. Viimaseks nõudeks primaarsete peavalude tüüpide diagnoosimise juures on enamasti see, et selle peavalu olemus ei tohi paremini vastata mõnele teisele klassifikatsioonis välja toodud diagnoosile. Sisuliselt on see meeldetuletus, et oleksime diferentsiaaldiagnostiliselt välistanud kõik teised, eelkõige sekundaarsed peavalud.

PRIMAARSED PEVALUD

Primaarsete peavalude alla kuuluvad neist kõige sagedamini esinevad migreen ja pingetüüpi peavalud ning harva esinevad trigeminaalsed autonoomsed neuralgiad ja teised primaarsed peavalud. Sekundaarseteks peavaludeks nimetatakse teiste haiguste korral esinevaid peavalusid. Kõige sagedamini esinevad siiski primaarsed peavalud ning neist just pingetüüpi peavalud ja migreen. Erinevate riikide 7–18 aasta vanuste laste ja noorukite hulgas esineb pingetüüpi peavalusid 9,8–24,7%-l ja migreeni 6,1–13,6%-l (8).

Migreen

Tüüpiline migreenist tingitud peavalu kestab 4–72 tundi, lokaliseerub pea ühele poolele, on pulseeriv, mööduka või tugeva intensiivsusega ja süveneb füüsilisel aktiivsusel. Peavaluga kaasneb vähemalt üks tunnus järgnevaist: iiveldus ja/või oksendamine ning foto- või fonofobia. Migreeni diagnoosimiseks peab patsiendil olema esinenud vähemalt viis sellist peavaluhoogu ning muud peavalu põhjused peavad olema välistatud. Auraga migreeni korral eelneb aura tavaliselt peavalule ning peab täielikult taanduma 60 minuti jooksul. Aurana võivad esineda erinevad visuaalsed, sensoorsed või kõne sümptomid: vilkuv valgus, täpid, jooned, osaline vaatevälja kitsenemine, nn nõelatorkimistunne või tuimus ühes pea- või kehapooles, kõnehäire. Motoorikahäiret tavaliselt migreeni korral ei esine (6).

Laste migreenil on teatud iseärasused võrreldes täiskasvanutega. Hoo kestus võib olla lühem, alates ühest tunnist. Tihti lokaliseerub valu pea mõlemale poolele otsmiku või oiimu piirkonda. Foto- ja fonofobiat kaebavad lapsed harvem, kuid see on tõenäoliselt seotud sellega, et väikelapsed ei oska seda kirjeldada. Sümptomite olemasolu saab kindlaks teha lapse käitumise jälgimise põhjal: nad paluvad kardinad ette tõmmata, tõmbavad teki üle pea ning paluvad vaiksemini rääkida (9). Juhul kui diagnoosikriteeriumitest üks tingimus on täitmata, saab diagnoosida tõenäolist migreeni (6).

Migreeni on alust nimetada krooniliseks, kui vähemalt 3 kuu jooksul on esinenud ühes kuus 15 või enam peavaluepisoodi, millest 8 vastavad migreeni kriteeriumitele (6). Mida nooremas eas krooniline migreen algab, seda halvemini allub see ravile. Sama kehtib ka vähem kui aastaga episoodilisest kroonilisest

kujunenud migreeni kohta. Uuringud on näidanud, et kroonilise migreeniga noorukitel esineb rohkem migreenihooge kuus kui täiskasvanutel ning häire süvenemisel hoogude sagedus küll suureneb, kuid sümptomaatika muutub migreenile vähem tüüpiliseks (10).

Migreeni alaliikidena lastel kuuluvad sellesse haigusrühma ka episoodilised sündroomid, mis võivad olla seotud migreeniga: korduvad gastrointestinaalsed häired (tsükliiline oksendamine, abdominaalne migreen), healoomuline paroksüsmaalne vertiigo ja healoomuline paroksüsmaalne *torticollis*. Tsükliilise oksendamise korral esinevad stereotüüpsed episoodilised intensiivse iivelduse ja oksendamise hood, mis võivad kesta 1 tunnist kuni 10 päevani. Abdominaalne migreen väljendub 2–72 tundi kestva tuima ja mööduka või tugeva keskkõhuvaluna. Kaasneda võivad isutus, iiveldus, oksendamine ja kahvatus. Healoomulise paroksüsmaalse vertiigo korral esinevad järsku tekkivad vertiigo-episoodid kestusega kuni mitmeid tunde. Healoomuline paroksüsmaalne *torticollis* algab esimesel eluaastal ja seda iseloomustab pea kalle kaasuva kerge pöördega, mis kestab minutitest päevadeni ning laheneb iseenesest. Kõigi nende episoodide vahel peab laps olema täiesti terve, tal ei tohi esineda neuroloogilisi ega muude elundisüsteemide patoloogiale viitavaid sümptomeid (6).

Pingetüüpi peavalu

Pingetüüpi peavalu korral puuduvad migreenile iseloomulikud tunnused nagu pulseeriv valu, ühepoolne lokaliseatsioon, autonoomsed sümptomid ja sõltuvus füüsilisest pingutusest. Lapseeas võib peavalude eristamine olla keeruline kattuvate tunnuste tõttu (vt tabel 1). Diagnostilised kriteeriumid

Tabel 1. Pingepeavalu ja migreeni iseloomulikud tunnused lastel

Tunnus	Sage episoodiline pingepeavalu	Migreen	Krooniline pingepeavalu
Sagedus kuus	≥ 10 episoodi kuus	Määramata Diagnoosimiseks vajalik 5 hoogu	≥ 15 episoodi kuus
Kestus	30 min – 7 päeva	2–72 tundi	Tunde – päevi
Iseloom	Mittepulseeriv	Pulseeriv	Mittepulseeriv
Lokaliseatsioon	Bilateraalne	Unilateraalne või bilateraalne	Bilateraalne
Seos füüsilise aktiivsusega	Puudub	Raskendab	Puudub
Tugevus	Nõrk, keskmine	Möödukas, tugev	Nõrk, keskmine
Kaasuvad tunnused	Foto- või fonofobia	Iiveldus ja/või oksendamine või foto- ja fonofobia	Foto- või fonofobia või iiveldus

pingetüüpi peavalu diagnoosimiseks on lastel ja täiskasvanutel samad. Iseloomulik on kerge või mõõdukas kahepoolne suruva iseloomuga peavalu. Igapäevane füüsiline aktiivsus ei muuda valu tugevamaks. Kaasneda võib kas foto- või fonofobia. Sageduse ja kestuse järgi jaotatakse pingetüüpi peavalud omakorda veel kolmeks: harva episoodilise (sagedus vähem kui 1 päev kuus) ja sageda episoodilise (1–14 päeval kuus) korral kestab valu 30 minutit 7 päevani, ei kaasne iiveldust ega oksendamist, võib aga esineda kas foto- või fonofobia. Kroonilise pingetüüpi peavalu korral on valuga päevi kuus üle 15 ning valu võib kesta tunde või olla pidev. Samuti esineb sel juhul ka kergest iiveldust või oksendamist ja kas foto- või fonofobiat (8).

HARVAD PRIMAARSED PEAVALUSÜNDROOMID JA KRANIAALSED NEUROPAATIAD

Haruldaste peavalusündroomide diagnoosimine lastel on raskendatud – lapsed ei oska täpselt kirjeldada nendega toimuvat ja klinitsistid ei tunne end kindlalt haruldaste peavalusündroomide diagnoosimisel. Eriti raskeks teeb diagnoosimise mitme erineva peavalutüübi võimalik esinemine samal patsiendil. Haruldased primaarsed peavalusündroomid võib jagada järgmiselt: pikka aega kestvad peavalud migreeni sümptomitega, lühiajalised peavalud autonoomsete sümptomitega ja lühiajalised peavalud ilma autonoomsete sümptomiteta.

Pikka aega kestvad peavalud migreeni sümptomitega

Hemipleegiline migreen on harva esinev auraga migreeni alatüüp, mida iseloomustab hoogude vahel täielikult taanduv motoorne nõrkus koos teiste aura liikidega või ilma nendeta. Hemipleegiline migreen võib olla perekondlik või sporaadiline. Aura kujuneb täielikult välja 5 minuti jooksul ning püsib kuni 72 tundi. Peavalu algab aura ajal ning vastab kõigile migreenipeavalu kriteeriumitele. Iseloomulik on hemi- või monoparees. Kahepoolse pareesi esinemine välistab selle peavalutüübi. Hemipleegilise migreeniga seostatakse mutatsioone mitmetes geenides: CACNA1A, ATP1A2, ATP1A3 ja SCN1A (12, 13). Diferentsiaaldiagnostiliselt vajavad välistamist migreeni ajutüve sümptomitega, insult ja epilepsia.

Retinaalsele migreenile on iseloomulikud korduvad kõiki aurata migreeni peavalu kriteeriume täitvad peavaluhood, millele eelneb kuni 60 minuti jooksul täielikult taastuv monokulaarne nägemishäire (virvendus, skotoom, amauroos) (6, 14).

Ajutüve häiretele iseloomulike sümptomitega migreen. Aurana esineb vähemalt kaks ajutüve häiretele iseloomulikku sümptomit (artikulatsioonihäire, vertiigo, tinnitus, hüpakuusia, ataksia, teadvuse hägumine), mis igaüks võivad kesta kuni 60 minutit, mille jooksul peab tekkima ka peavalu. Varasema nimetusega on see peavalu tuntud kui basilaarne migreen (6).

Lühiajalised peavalud autonoomsete sümptomitega

Kobarpeavalu iseloomustab tugeva piinava ühepoolse valu episoodidena, kus valu lokaliseerub silmakoopas või selle kohal või siis temporaalpiirkonnas. Valuhood kestavad tavaliselt 15–180 minutit ning hoogude sagedus varieerub, hood võivad esineda ülepäeviti või siis ühel päeval kuni 8 hoogu. Valuga kaasneb samal pool vähemalt üks järgmistest autonoomsetest sümptomitest: konjunktiivijärgne pisaravool, ninakinnisus, rinorröa, silmalauaturse, otsaesise ja näo higistamine, mioos või ptoos. Lastel esineb nii episoodilist (hood 1 kord kuus või harvem) kui ka kroonilist kobarpeavalu (remissioonideta või remissioonid on lühemad kui 1 kuu). Samas esineb ühel neljandikul selle häire all kannatavatest lastest üksnes üks episood elus. Häire eluaegne levimus on 0,1% (15, 16).

Paroksüsmaalse hemikraania korral esinevad lühiajalised (2–30 minutit) piinavad unilateraalsed peavaluepisoodid. Valuga kaasneb vähemalt üks samapoolne autonoomne sümptom. Peavaluhood on sagedased (rohkem kui 5 päevas) ning lahenevad täielikult indometatsiini kasutamisel. Paroksüsmaalne hemikraania on enamasti lapseas algav peavalusündroom (6, 17, 18).

Lühiajalised unilateraalsed neuralgiiformsed peavalud koos konjunktiivijärgse pisaratega. Häiret iseloomustavad ülilühikesed (5–240 sekundit) trigeminaalsed autonoomsed peavalud unilateraalse valuga silmakoopas või selle kohal või siis temporaalses piirkonnas, valu on torkiva iseloomuga ja sellega kaasneb samapoolne autonoomne sümptom. Hoogude sagedus võib varieeruda 3–200 hooni päevas. See

on üliharv peavalusündroom ning enne diagnoosimist on kindlasti vaja välistada sümptomaatiline peavalu (6, 19).

Hemicrania continua iseloomustub kestva ning kindlalt ühepoolse peavaluga, mis on mõõduka intensiivsusega ning millega kaasnevad autonoomsed sümptomid. Ka see peavalu allub ravile indometatsiiniga (20).

Lühiajalised peavalud ilma autonoomsete sümptomiteta

Tegemist on peavaluhoogudega, mis lokaliseeruvad kolmiknärv esimese haru innervatsioonialale, kestavad sekundeid ja esinevad üks kuni mitu korda päeva jooksul ning millega ei kaasne lisasümptomeid. Sageli esinevad seda tüüpi valud migreeni või kobarpeavalude all kannatavatel patsientidel. Selle peavalusündroomi esinemissagedust lastel uuritud ei ole.

Kraniaalsed neuropaatiad

Kolmiknärvineuropaatia. Iseloomulikud on paroksüsmaalsed ja stereotüüpsed intensiivse ja terava valu hood kolmiknärv harude innervatsiooni alal, need hood kestavad sekundi murdosa või kuni 2 minutit ning vallanduvad spontaanselt või on provotseeritud igapäevaelulistest tegevustest (habemeajamine, rääkimine, pesemine, hammaste pesemine jm). Sageli kutsub intensiivne valu esile ka sama piirkonna lihaste spasmi – *tic douloureux*. Selliste valude all kannatavad lapsed vajavad kindlasti kuvamisuuringuid sümptomaatiliste valude välistamiseks (6).

Keeleneelunärvi neuropaatia on hootine ühepoolne lõikav valu *n. vagus*'e ja *n. glossopharyngeus*'e kõrva ja neelu innerveerivate harude alal, mis kestab murdosa sekundist kuni 2 minutini ning on tavaliselt provotseeritud neelamisest, mälumisest, rääkimisest, köhimisest või haigutamisest. See valusündroom võib olla nii idiopaatiline kui ka sümptomaatiline, seega kaasneva sensoorse kahjustuse vm neuroloogilise leiu korral vajab patsient kindlasti kuvamisuuringuid (6).

Kaela-keele sündroom. See sündroom iseloomustub kuklas või kaela ülemises osas pea pööramise järel tekkiva äkkvaluga, millega kaasneb düsesteesia samal keelpool. Valu kestab tavaliselt lühikest aega (sekundid, minutid), kuid keele tuimus võib püsida kauem. Ka selle sündroomi esinemine

primaarsena on üliharv, kirjeldatud juhtudel on enamasti olnud tegemist perekondliku autosoom-dominantse pärandumistüübiga häirega (21, 22). Võimaliku sümptomaatilise põhjusena vajab alati välistamist atlantoaktsiaalne sublüksatsioon.

Korduv valulik oftalmopleegiline neuropaatia. Häire diagnoosimise aluseks on migreenipeavaluga kaasnev ühe või mitme silmaliigutajapäri parees samal poolel (enamasti *n. oculomotorius*, kuid ka *n. trochlearis*, *n. abducens*) ilma muu intrakraniaalse patoloogiata magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul. Peavalu võib tekkida kuni 14 päeva enne silmaliigutajate häire tekkimist. Vastava närvi MRT-uuringul kontrastainega on leitud närvi paksenemist ning osal juhtudel on tõhus olnud kortikosteroidravi. Varem on seda peavalu nimetatud oftalmopleegiliseks migreeniks (6).

SEKUNDAARSED PEVALUD

Kuigi enamikul peavalukaebusega lastest on tegemist primaarse peavaluga ning sekundaarsetest peavaludest suur osa on healoomuliste põhjustega, tuleb esmalt välistada peavalu rasked või eluohtlikud põhjused.

Üldiselt iseloomustab sekundaarseid peavalusid ajaline seos põhjuse tekkega, haiguse süvenemisel ka peavalu tugevnemine ning lahenemine põhjuse kõrvaldamisel. Peavalu ise võib olla erineva iseloomuga, kuid meeles tuleb pidada, et tugev äkkpeavalu (*thunderclap headache*) on enamasti alati sekundaarne ja viitab eelkõige ägedale aju vaskulaarsele haigusele. Sagedasemad sekundaarse peavalu põhjused on toodud tabelis 2 (8).

Ajukasvajast tingitud peavalu on tavaliselt püsiv ja progresseeruv, kindla lokalisatsiooniga, öösel tugevnev ja last äratav või varahommikune; samuti peavalu, mis ägeneb intrakraniaalset rõhku tõstvatel tegevustel (köhimine, aevastamine, kummardamine) ning millega kaasneb iiveldus ja oksendamine. 200 ajukasvajaga lapse uurimisel selgus, et migreeni oli esialgu diagnoositud neljandikul neist ning ligikaudu 10%-l oli diagnoositud pingetüüpi peavalu (23). Seetõttu vajavad kõik lapsed, kelle peavalude iseloom ajas muutub või kellel lisandub neuroloogiline leid, kiiresti täiendavaid kuvamisuuringuid.

Eraldi väärrib rõhutamist valuravimite liigtarvitamisest tingitud peavalu. Seda

on lastel siiani vähe uuritud ja see on arvatavasti harva esinev peavalutüüp, kuid samas sageneb see eelkõige noorukite seas. 2014. aastal avaldatud ülevaateartiklis on toodud valuravimitest tingitud peavalude esinemissageduseks 0,3–20,8% kroonilise primaarse peavaluga lastest ja noorukitest. Enim kasutatud ravimid olid paratsetamool ja ibuprofeen (13). Diagnoosi kriteeriumiteks on, et peavalu esineb rohkem kui 15 päeval kuus, viimase 3 kuu jooksul on esinenud ravimite liigtarvitamist (NSAIDide puhul üle 15 korra kuus või ergotamiinide ja triptaanide puhul üle 10 korra kuus) ning ravimite kasutamise aja jooksul on peavalud sagenenud või muutunud. Liigsete ravimite ärajätmisel peaks endine olukord taastuma 2 kuu jooksul (6).

Tabel 2. Sagedasemad sekundaarse peavalu põhjused lastel ja noorukitel (8)

Intrakraniaalsed	Meningiit
	Entsefaliit
	Ajuabstsess
	Ajukasvaja
	Hüdrotsesfaalia
	Chiari malformatsioon
	Arterio-venoosne malformatsioon
	Idiopaatiline intrakraniaalne hüpertensioon
	Lumbaalsümpaatilise süsteemi järgne peavalu
	Peatrauma
Ekstrakraniaalsed	Intrakraniaalne mittetraumaatiline hemorraagia
	Isheemiline insult
	Sinuiit
Süsteemsed	Otiit
	Hambahaigused
	Lülisamba kaelaosa patoloogia
	Viirusinfektsioon
	Palavik
	Hüpoglükeemia
	Aneemia
	Hüpertensioon
	Hüperkapsia
	Hüperkapsia
	Intoksikatsioon
	Teatud ravimid
Võõrutus kohvist	
Depressioon	

DIAGNOOSIMINE

Arsti poole pöördumise peamiseks põhjusteks on soov teha kindlaks peavalu põhjus, eelkõige saada kinnitust, et tegemist ei ole ohtliku haigusega, ning leida efektiivne ravi. Nende küsimuste lahendamine peab olema peavaluga haige käsitluses prioriteet. Primaarse peavalu saab diagnoosida üksnes siis, kui sekundaarsed põhjused on välistatud.

Anamnees. Kõige olulisem peavalu diagnostikas on põhjalik anamnees. Anamneesi peab selgitama esialgu patsiendiga ning seejärel tuleb kindlasti küsitleda ka vanemaid. Oluline on välja selgitada, millal ja kuidas peavalud on alanud, milline on valu iseloom, sagedus ja kestus, kust pea valutab, kas esineb üht või mitut tüüpi peavalusid ja kas valud on aja jooksul muutunud. Kaasuvate sümptomite täpsustamine aitab selgitada võimalikku aura esinemist või tuua välja viiteid sekundaarsetele peavaludele. Asendamatuks peavaludega patsiendi diagnostikas on jälgimisel ja ravimite kasutamisel on peavalupäevik (vt tabel 3). Päevikut peaks hakkama pidama juba pärast esmast pöördumist arsti poole ning see peaks tal kaasas olema järgmise etapi pöördumisel.

Kliinilisest seisukohast on otstarbekas peavalu jaotamine ajalise kestuse järgi

Tabel 3. Peavalupäevik

	Kuupäev
	Tugevus
Valu iseloom	Pulseeriv/tuksuv
	Tuim/suruv
	Ühepoolne
	Kahepoolne
	Kuklas
	Kestus
Kaasuvad tunnused	liveldus
	Oksendamine
	Valguskartus
	Mürakartus
	Füüsilise pingutuse talumatus
	Nägemishäire
	Kõnehäire
	Tundehäired
	Muud tunnused
	Vallandav tegur
Ravi	Ravimi nimi
	Kogus
	Mõju

ägedaks, ägedaks korduvaks (episoodiline), krooniliseks progresseeruvaks ning krooniliseks mitteprogresseeruvaks (vt tabel 4) (25). Sekundaarsele peavalule tuleb eelkõige mõelda ägeda või siis kroonilise progresseeruvat tüüpi peavalu korral. Äge episoodiline ja krooniline mitteprogresseeruv peavalu on iseloomulikum pingetüüpi ja migreeni peavaludele. Kirjeldatud on veel nn pikselöögi peavalu (*thunderclap headache*), mis on äkilise algusega väga tugev peavalu (saavutab maksimaalse intensiivsuse vähem kui 1 minuti jooksul) ja kestab 1 tunnist päevadeni. Peaaegu kunagi ei ole seda tüüpi valu primaarne. Enamasti on põhjuseks subarahnoidaalne või intratserebraalne hemorraagia, tromboos kas ajuveenides või venoosses siinuses või reversiivne tserebraalne vasokonstriksioon (26).

Lisaks valu iseloomu selgitamisele on tähtsad järgmised aspektid: kuidas laps valu ajal käitub, mis valu intensiivistab ja mis leevendab, kas valu kupeerimiseks on vajalik kasutada ravimit, milliseid ravimeid ja millistes annustes on kasutatud, milline on olnud nende mõju. Üha suuremat tähelepanu tuleb pöörata laste ja noorukite toitumisharjumustele, kehakaalule, une- ja puhkerežiimile ning liikumisaktiivsusele. Samuti on oluline pereanamnees. Hoolika anamneesi kogumisega peaks selguma, kas on viiteid sekundaarse peavalu olemasolule. Tunnused, mis võivad viidata sekundaarsele peavalule ja on ohu märgiks, on toodud tabelis 5 (25).

Läbivaatus. Anamneesi täiendab arstlik läbivaatus. See peab sisaldama üldläbivaatust ning detailsemat elundisüsteemide kaupa vastavalt võimalikele kahtlustatavatele sekundaarsetele põhjustele (vt tabel 2). Erilist tähelepanu tuleb pöörata infektsioonitunnuste olemasolule, intrakraniaalse rõhu tõusu võimalikele viidetele, ajutrauma tunnustele ning neuroloogilisele koldeleile.

Diagnostilised lisauuringud ja analüüsid on vajalikud, kui anamneesi või läbivaatuse põhjal tekib kahtlus sekundaarse peavalu või soodustavate tegurite suhtes, mida on võimalik sel viisil kindlaks teha. Neuroinfektsiooni kahtluse puhul tuleb meele pidada, et lumbaalpunksioon on ainus uuring, millega saab neuroinfektsiooni diagnoosida või eitada selle olemasolu. Piltidiagnostika näidustused on toodud tabelis 6 (25). Eelistatud meetodiks laste uurimisel on magnetresonantstomograafia.

Tabel 4. Peavalude jaotuvus ajalise mustriga järgi (25)

Peavalu tüüp	Kõige sagedasemad põhjused
Äge	Lokaalne infektsioon: sinuiit, otiit, silmapõletikud, hambahaigused, lümfadeniit, temporomandibulaarliigese probleemid Süsteemsed põhjused: vireemia, sepsis, neuroinfektsioon, mürgistus, hüpertensioon, hüpopglükeemia, elektrolüütide tasakaalu häired Intrakraniaalsed põhjused: tuumor, hüdrosefaalia, hemorraagia, aju vaskulaarsed haigused Esimene migreeni, pingepeavalu hoog
Äge korduv (episoodiline)	Migreen, pingepeavalu, teised primaarsed peavalud, epilepsia
Krooniline progresseeruv	Intrakraniaalse rõhu tõus
Krooniline mitteprogresseeruv	Krooniline pingepeavalu, traumajärgne, konversioon, depressioon, stress

Tabel 5. Viited võimalikule sekundaarsele peavalule, nn punased lipud (25)

Peavalu iseloomu järgi	Lühike anamnees	Esimene n-ö kõige hullem peavalu üldse Korduvad tugevad peavalud viimastel nädalatel
	Järjest ägenev kulg	Sageduse suurenemine Valu tugevnemine
	Sõltuvus asendist ja ajast	Uneaegne peavalu Valu enne hommikut ärkamist Tugevneb lamades, leevendub püsti tõustes Valu tugevneb köhimisel, aevastamisel Valu tekib püsti tõustes ning leevendub lamades (viitab intrakraniaalse rõhu langusele)
Kaasvate sümptomite alusel	Une pealt oksendamine	
	Teadvushäire, segasus	
	Isiksuse muutus	
	Lokaalne parees	
	Kahelinägemine	
	Palavik	
	Epileptilised hood	

Tabel 6. Piltidiagnostika näidustused peavalu korral (25)

Viited intrakraniaalse rõhu tõusule
Meningeaalärritusnähud koos neuroloogilise koldeleiu või teadvushäirega
Progresseeruv või äsja tekkinud neuroloogiline koldeleid
Oluline peatrauma
Tõsine progresseeruv peavalu
Ventrikuloperitoneaalšundi olemasolu
Peavaluga kaasnevad krampid
Lapse vanus alla 3 aasta

Kompuutertomograafia on näidustatud erakorralises situatsioonis ning koljusisese hemorraagia kahtluse korral.

RAVI

Kui sekundaarne peavalu on välistatud, tuleb ravistrateegia kujundamisel arvestada kolme komponendiga: ägeda peavalu ravi, ennetav

ravi ning käitumuslik ravi. Esimesel visiidil lepitakse kokku peavalupäeviku pidamine vähemalt ühe kuu jooksul, selgitatakse eale vastavat päeva- ja toitumisrežiimi (piisav uneaeg, hüpotükeemia ja dehüdratatsiooni vältimine) ning sundasendite vältimist ja füüsilise aktiivsuse olulisust. Lepitakse kokku ägeda peavalu mittemedikamentoosse (sobiv keskkond, uni, lõõgastustehnikad, biotagasiside, akupunktuur jm) ja medikamentoosse kupeerimise viisid. Ägeda peavalu (nii migreeni kui ka pingepeavalu) ravi peab toimuma võimalikult valuhoo alguses, kasutatava ravimi annus peab vastama lapse vanusele ja kehakaalule ning valu püsimise korral tuleb samas annuses ravimit korrata 3–4 tunni möödumisel. Samas tuleb jälgida, et ravimit ei kasutataks rohkem kui 3 korda nädalas (27). Ägeda episoodilise migreeni ravis on neli triptaani, mis on saanud vastava ametliku näidustuse: FDA (USA Toidu- ja Ravimiamet) on tunnistanud 12–17aastastele sobivaks almotriptaani ja 6–17aastastele rizatriptaani tabletid, EMA (Euroopa Ravimiamet) on andnud näidustuse 12–17aastastele zolmitriptaani ja 6–17aastastele sumatriptaani nasaalsele spreile (28).

Ennetava medikamentoosse ravi alustamise suhtes puuduvad ühtsed seisukohad. Väikelastel soovitatakse ravi alustada, kui patsiendil esineb üks hoog nädalas või 3–4 hoogu kuus, suurematel lastel sõltub ravi alustamine peavaluhogude iseloomust, kuid kindlasti vajab profülaktilist ravi krooniline peavalu. Samuti tuleks kaaluda ennetavat ravi lastel, kellel hooravi on olnud ebaefek-

tiivne, halvasti talutav, vastunäidustatud või kellel esineb valuravimite liigtarvitamist (29). Laste peavalude profülaktilises ravis kasutatakse antiepileptikume (täiskasvanutel registreeritud näidustus migreeni ravis topiramaadil ja valproaadil), antidepressante, antihistamiinikume, kaltsiumikanali blokaatoreid, antihüpertensiivseid preparaate ning mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (NSAID). Ravimi valik sõltub patsiendi kaasuvatest haigustest ja teistest individuaalsetest omadustest. Ühelgi ravimil ei ole ametlikku näidustust laste peavalude profülaktiliseks raviks. Lastel kasutatavad ravimid on toodud tabelis 7 (27–30).

Soovitused

Äge migreenihoog või pingetüüpi peavalu: valikravimiks ibuprofeen. Alternatiiviks parasetamool, aspiriin või teised NSAIDid. Hoiatus: aspiriin on vastunäidustatud alla 16aastastel (võimalik Reye sündroomi vallandumine).

Äge aurata või auraga migreen: need, kellel ibuprofeen ei aita, kasutada hoo raviks triptaani või triptaani koos NSAIDiga (ibuprofeen, naprokseen) või parasetamooliga. Eelistada nasaalset spreid tabletile kergemate kõrvaltoimete tõttu.

Tabel 7. Laste peavalude raviks kasutatavad ravimid

Ravimi klass	Toimeaine	Annustamine
Mittesteroidsed põletikuvastased ravimid	Ibuprofeen Naprokseen Indometatsiin	10–15 mg/kg 2,5–5 mg/kg iga 12 t järel 2–4 mg/kg/die jagatuna 3 annuseks
Mittespetsiifiline valuvastane	Parasetamool	10–15 mg/kg iga 4–6 t järel
Triptaanid	Almotriptaan Eletriptaan Frovatriptaan Naratriptaan Rizatriptaan Sumatriptaan Zolmitriptaan	Väikseim saadaolev annus kas intranasaalselt või oraalset, vajadusel korrata annustamist 2 t möödumisel
Beetablokaator	Propranolool	Algannus 20–40 mg
Kaltsiumkanali blokaator	Verapamiil	Algannus 40 mg
Antiepileptikumid	Topiramaat Valproaat Gabapentiin	Algannus 1–3 mg/kg/die Algannus 10 mg/kg/die Algannus 15 mg/kg/die
Antidepressandid	Amitriptülliin Nortriptülliin	Algannus 0,25–0,5 mg/kg Algannus 10 mg/die

ENESEKONTROLLIKÜSIMUSED

- Kui paljudel lapsea primaarsete peavaludega lastest esineb peavalusid ka täiskasvanuna?**
 - < 10%
 - 1/3
 - 2/3
- Kui kaua vähemalt peab lapsel olema peavalu kestnud, et tal saaks diagnoosida migreeni?**
 - 1 tund
 - 2 tundi
 - 4 tund
- Mis on kõige sagedasem sekundaarse peavalu põhjus lastel?**
 - Äge ülemiste hingamisteede infektsioon
 - Ajukasvaja
 - Mürgistus
- Mis on primaarsete peavalude puhul lastele iseloomulik?**
 - Bilateraalne nõrk peavalu
 - Ägeda algusega väga tugev peavalu
 - Kaasuvad neuroloogilised sümptomid
- Mis on kõige olulisem vahend peavalutüübi määramisel?**
 - Anamnees
 - Vereanalüüs
 - Piltdiagnoos
- Mida tuleb teha lapse ägeda peavalu korral?**
 - Vältida ravimi manustamist
 - Anda ravim valuhoo alguses
 - Anda ravim, kui peavalu on kestnud üle 4 tunni

Vastused: 1. c, 2. a, 3. a, 4. a, 5. a, 6. b

Ennetav ravi topiramaadi või propranolooliga: topiramaadi (indutseerib ensüüme) puhul hoiatada, et võimalik on koostoime hormonaalse kontratseptiivse vahendiga. Kui nii topiramaat kui ka propranolool ei ole vastuvõetavad või on vastunäidustatud, siis võiks kasutada gabapentiini (kuni 1200 mg päevas). Tütarlastel menstruatsioonidega kaasuva migreeni korral, mis ei allu hästi standardsele ägeda hoo ravile, võib soovitada frovatriptaani (2,5 mg 2 korda päevas) või zolmitriptani (2,5 mg 2–3 korda päevas) nendel päevadel, kui on oodata migreeni.

Kobarpeavalu: ägeda perioodi raviks hapnik, subkutaanne või nasaalne triptaan. Profülaktiliseks raviks verapamiil (jälgida rütmihäirete suhtes!).

Ravimite liigtarvitamisega seotud peavalud: kasutatava ravimi tarvitamise kohene lõpetamine vähemalt üheks kuuks.

Profülaktilist ravi alustatakse, lähtudes peavalutüübist (27–30).

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemadega.

TÄNUVALDUS

Ulvi Vaherit on toetanud SA Arstide Täienduskoolituse Fond.

SUMMARY

Pediatric headache

Ulvi Vaher¹, Eve Õiglane-Shlik^{1,2}

Headache is one of the most frequent complaints in children after stomach and musculoskeletal pain in primary practice: Fifty-four per cent of children have headaches. For classification of headaches, The International Classification of Headache Disorders (ICHD), 3rd edition (beta version), has been used since 2013. According to the ICHD, there are three main types of headaches: primary headaches, secondary headaches and painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches. The most common type of headaches in children is primary headache. However, the first step in making diagnosis is to exclude possible secondary headache. The next is to make a precise headache diagnosis and thereafter to find the most appropriate treatment strategies. Headache diaries are of great value in diagnosis but also in the follow-up period for evaluating the course of

the disease and the effectiveness of treatment. Treatment of primary headaches consists in acute pain management and, when necessary, preventive therapy.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17:341.
2. Lewis DW, Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache* 2000;40:200–3.
3. Wilne SH, Collier J, Kennedy C, et al. Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2007;8:685–95.
4. Klassen BD, Dooley JM. Chronic paroxysmal hemicranias-like headaches in a child: response to a headache diary. *Headache* 2000;40:853–5.
5. Brna P, Dooley J, Gordon K, et al. The prognosis of childhood headache: a 20-year follow-up. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1157–60.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629–808.
7. Arruda MA, Albuquerque RCAP, Bigal ME. Uncommon headache syndromes in pediatric population. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15:280–8.
8. Anttila P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *Lancet Neurol* 2006;5:268–74.
9. Hershey AD. Current approaches to the diagnosis and management of paediatric migraine. *Lancet Neurol* 2010;9:190–204.
10. Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression. *Headache* 2006;46:1334–43.
11. Bigal ME, Sheftell FD, Tepper SJ, et al. Migraine days decline with duration of illness in adolescents with transformed migraine. *Cephalalgia* 2005;25:482–7.
12. Lopez JJ, Holdridge A, Rothrock JF. Hemiplegia and headache: a review of hemiplegia in headache disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2015;19:471.
13. Lykke TL, Kirchmann EM, Faerch RS, et al. An epidemiological survey of hemiplegic migraine. *Cephalalgia* 2002;22:361–75.
14. Cuvellier JC, Donnet A, Guegan-Massardier E, et al. Clinical features of primary headache in children: a multicenter hospital-based study in France. *Cephalalgia* 2008;28:1145–53.
15. Swanson JW, Yanagihara T, Stang PE, et al. Incidence of cluster headaches: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Neurology* 1994;44:433–7.
16. Majumdar A, Ahmed MA, Benton S. Cluster headache in children—experience from a specialist headache clinic. *Eur J Paediatr Neurol* 2009;13:524–9.
17. Talvik I, Koch K, Kolk A, et al. Chronic paroxysmal hemicrania in a 3-year, 10-month-old female. *Pediatr Neurol* 2006;34:225–7.
18. Talvik I, Peet A, Talvik T. Three-year follow-up of a girl with chronic paroxysmal hemicrania. *Pediatr Neurol* 2009;40:68–9.
19. Sjaastad O, Saunte C, Salvesen R, et al. Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating, and rhinorrhea. *Cephalalgia* 1989;9:147–56.
20. Fragoso YD, Machado PC. Hemicrania continua with onset at an early age. *Headache* 1998;38:792–3.
21. Sjaastad O, Bakkeiteig LS. The rare, unilateral headaches. Vaga study of headache epidemiology. *J Headache Pain* 2007;8:19–27.
22. Lewis DW, Frank LM, Toor S. Familial neck-tongue syndrome. *Headache* 2003;43:132–4.
23. Wilne SH, Ferris RC, Nathwani A, et al. The presenting features of brain tumours: a review of 200 cases. *Arch Dis Child* 2006;91:502–6.
24. Chiappedi M, Balottin U. Medication overuse headache in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep* 2014;18:404.
25. Mukhopadhyay S, White CP. Evaluation of headaches in children. *Pediatrics and Child Health* 2008;18:1–6.
26. Liu HY, Fuh JL, Lirng JF, et al. Three paediatric patients with reversible cerebral vasoconstriction syndromes. *Cephalalgia* 2010;30:354–9.
27. Bonfert M, Straube A, Schroeder AS, et al. Primary headache in children and adolescents: update on pharmacotherapy of migraine and tension-type headache. *Neuropediatrics* 2013;44:3–19.
28. Kacperski J. Prophylaxis of migraine in children and adolescents. *Pediatr Drugs* 2015;17:217–26.
29. Lewis KS. Pediatric headache. *Semin Pediatr Neurol* 2010;17:224–9.
30. Carville S, Padhi S, Reason T, et al. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* 2012;345:e5765.

¹ Children’s Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,
² Institute of Clinical Medicine, University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to:
 Ulvi Vaher
ulvi.vaher@kliinikum.ee

Keywords:
 children, headache classification, diagnosis, management