



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

Σπουδάστρια:

Ζιάμπρα Ευαγγελία, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 157)

Επιβλέπων καθηγητής:

Τσιλίδης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	Σελ.	3
SUMMARY	Σελ.	4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	Σελ.	6
1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	Σελ.	6
1.2.1. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ	Σελ.	8
1.2.2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ	Σελ.	15
1.2.3. ΚΡΑΝΙΑΚΗ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ, ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ...	Σελ.	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΙ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.....	Σελ.	18
2.2. ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	Σελ.	19
2.3. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΕΩΣ.....	Σελ.	23
2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	Σελ.	24
2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	Σελ.	27
2.6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	Σελ.	30
2.7. ΠΙΝΑΚΕΣ.....	Σελ.	32
2.8.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	Σελ.	46
2.9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σελ.	61
3.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ.	66
4.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ: 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	Σελ.	70
2. EQ-5D-Y	Σελ.	72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κεφαλαλγία είναι μια χρόνια κλινική κατάσταση, που απασχολεί επί μακρόν την ιατρική. Οι πρώτες προσπάθειες να περιγραφούν τα είδη της κεφαλαλγίας έγιναν από τους αρχαίους Αιγύπτιους. Έρευνες έδειξαν, ότι η κεφαλαλγία αποτελεί πολύ συχνό πρόβλημα που επηρεάζει τον άνθρωπο ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, φυλής, κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ή εθνικότητας. Στα μισά του εικοστού αιώνα έγιναν τα πρώτα επιστημονικά βήματα στον τομέα της παιδικής κεφαλαλγίας. Ο Bo Bille στη Σουηδία με τις επιδημιολογικές του έρευνες και με τις αναδρομικές του μελέτες υπήρξε ο πρωτοπόρος της παιδικής κεφαλαλγίας. Στις δεκαετίες του 1980 και του 1990 έγιναν οι μεγαλύτερες προσπάθειες για έρευνα και αξιολόγησή της.

Αν και η κεφαλαλγία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι μια καλοήγητη κατάσταση, εν τούτοις αποτελεί σημαντικό παράγοντα απουσίας από τη δουλειά ή το σχολείο. Περίπου 7,4 ημέρες χάνονται από τη δουλειά το χρόνο και 3,7 ημέρες ετησίως χάνουν τα παιδιά από το σχολείο και τις δραστηριότητες. Πολλοί άνθρωποι εργάζονται με πονοκεφάλους με αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοσή τους, σύμφωνα με έρευνα σε 3.752 εργαζομένους σε εργοστάσιο παραγωγής ρεύματος και αερίου στη Γαλλία. Τα ίδια αποτελέσματα είχε μια άλλη έρευνα σε 2.949 νοσηλευτές.

Η παιδική κεφαλαλγία έχει ερευνηθεί ιδιαιτέρως τις τελευταίες δεκαετίες και σύμφωνα με μελέτες δεν είναι σπάνια κατάσταση σε παιδιά και εφήβους. Τα παιδιά και οι έφηβοι με χρόνιες κεφαλαλγίες έχουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής. Σε έρευνα 1.556 μαθητών αποδείχτηκε, ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ένταση και την συχνότητα της κεφαλαλγίας.

Οι κεφαλαλγίες σε ηλικία μικρότερη των 3 ετών είναι σπάνιες και όταν εμφανίζονται οφείλονται σε οργανικά αίτια- είναι δηλαδή δευτεροπαθής. Μέχρι τα 15 έτη όμως το 75% των παιδιών αναφέρει ότι είχε πονοκέφαλο έστω μια φορά. Στην παρούσα μελέτη δίνονται απαντήσεις για μερικά απλά αλλά βασικά ερωτήματα, που αφορούν στη διάγνωση της κεφαλαλγίας και της ημικρανίας σε αυτήν την ηλικία.

Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (Headache Questionnaire- McKenzie Pediatrics 2010) προσαρμοσμένο στις ανάγκες της εργασίας, καθώς και ένα

ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής (EQ- 5D- Y).). Αποτελείται από εικοσιενιά γενικές ερωτήσεις και πέντε ερωτήσεις μέτρησης ποιότητας ζωής.

Ως μέση ηλικία έναρξης των πονοκεφάλων αναφέρονται τα 6,5 χρόνια, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και νωρίτερα.

Από 7 έως 10 ετών οι κεφαλαλγίες είναι συχνότερες στα αγόρια, ενώ στις ηλικίες 10-15, όπως και στους ενήλικες, οι κεφαλαλγίες «προτιμούν» τα κορίτσια. Τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι εμφανίζουν πόνο στο μέτωπο ή γύρω από τα μάτια, ακολουθούν εκείνα που ανέφεραν πόνο διάχυτο σε ολόκληρο το κεφάλι, ή στην μία πλευρά (ημικρανία) ή στο πίσω μέρος του κεφαλιού, στην ινιακή χώρα.

Μόνο το 5% των κεφαλαλγιών αποτελούν σύμπτωμα κάποιου άλλου οργανικού αιτίου ή λοίμωξης (μηνιγγίτιδα, ωτίτιδα, ανωμαλίες στα μάτια όπως μυωπία, αστιγματισμός) ή όγκου στον εγκέφαλο κ.α.

Στην πλειοψηφία τους όμως το 95% των κεφαλαλγιών είναι πρωτοπαθείς όπως τις ονομάζουμε. Δεν υπάρχει μεν οργανικό αίτιο, ευοδώνεται δε η εμφάνιση τους από εκλυτικούς παράγοντες όπως η φυσική κόπωση, το άγχος , οι διαταραχές συναισθήματος, οι διαταραχές ύπνου, ή έμμηνος ρύση για τα κορίτσια, η παχυσαρκία, η μεγάλη κατανάλωση σοκολάτας – ειδικά στους εφήβους.

Η οικογενειακή προδιάθεση φαίνεται να παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του πονοκεφάλου. Αξιοσημείωτο δε, είναι ότι το άγχος που προκαλείται με την ένταξη του παιδιού στην εκπαίδευση, δείχνει ότι έχει και την σταθερότερη και μεγαλύτερη συσχέτιση με την έναρξη των πονοκεφάλων.

Σε κάθε περίπτωση οι γονείς θα πρέπει να συμβουλευτούν τον οικογενειακό τους γιατρό, ο οποίος θα κρίνει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, θα συστήσει ή όχι την διενέργεια περισσότερων εξετάσεων και ανάλογα με τα αποτελέσματα θα προτείνει την κατάλληλη θεραπεία. Θεραπεία η οποία θα περιλαμβάνει όχι μόνο φαρμακευτική αντιμετώπιση αλλά και εναλλακτικές μεθόδους (ρεφλεξολογία, κλπ).

SUMMARY

Headache is a chronic clinical condition. Ancient Egyptians were the first that attempted to describe the different types of headache. Studies have showed that the headache is a very common symptom regardless of age, sex, race, socioeconomic status or ethnicity. In the first half of the twentieth century the first scientific steps in child headache, research were made. Although the headache in most cases is a benign

condition, it is an important reason for absence from work or school. The effects that headaches have in the daily routine of children and teenagers depend on the condition's cause, its frequency and intensity. Headache leads to a decrease in daily activity, with impact on quality of life.

The aim of this study was to determine if the headache of hospitalized children is related to the quality of life and the degree of impact, to the daily life of children of both sexes aged 3-16 years. The sample consisted of 52 children hospitalized in pediatric clinic who came to the hospital with a severe headache. The questionnaire used (Headache Questionnaire- McKenzie Pediatrics 2010) includes questions relating to general information, history and habits of children and the pediatric quality of life (EQ-5D-Y) to record the state of child health days hospitalized and to determine the quality of life. For the statistical analysis the program SPSS 22.0 was used.

The mean age of the children was 6.5-14 years and the average length of stay 1.5 days. Headache in almost all participants (93%), was accompanied by other symptoms like major nausea (19%) and dizziness (29%). Children with headache are absent from school, they don't look after themselves (33%) and do not participate in their daily activities-hobbies (29%). The quality of life was affected. Children suffering from headache, feel anxiety, pain and discomfort (67%) and have worse overall, physical and psychosocial quality of life (27%).

Although headache was the cause of absent from school, most of the children who were hospitalized with headache, showed no disability, to the activities of their daily life and their quality of life was affected moderately.

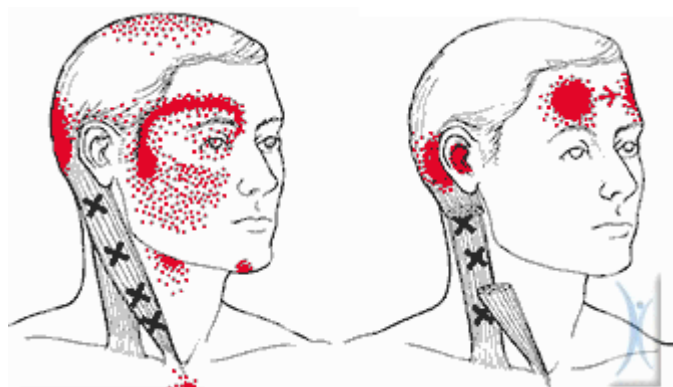
In any case, parents should consult their family doctor, who will determine the severity of symptoms and he will recommend whether or not to conduct more tests and depending on the results will suggest appropriate treatment. The treatment options do not only include pharmacotherapy but also alternative methods (reflexology, etc.).

Λέξεις κλειδιά: παιδιά, κεφαλαλγία, νοσηλεύτηκαν, ποιότητα ζωής, έφηβοι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Κεφαλαλγία ονομάζεται κάθε πόνος μέσα στην κρανιακή κοιλότητα. Η κεφαλαλγία είναι ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που μπορεί να νιώσει κανείς, αν και η αιτία της συχνά είναι άγνωστη. Κεφαλαλγίες μπορεί να παρουσιαστούν ως αποτέλεσμα καλοθών ή κακοθών χωροκατακτητικών επεξεργασιών, ενδοκρανιακών ή εξωκρανιακών καταστάσεων, παθήσεων άλλων συστημάτων του οργανισμού, στρες, μυοσκελετικής έντασης ή και από συνδυασμό των παραπάνω παραγόντων.(Lemone P., Burke K., 2004)



Οι περισσότερες κεφαλαλγίες είναι ελαφρές, παροδικές και ανακουφίζονται με λήψη ήπιων αναλγητικών. Ωστόσο, μερικές κεφαλαλγίες είναι χρόνιες, έντονες και υποτροπιάζουσες. Οι εκδηλώσεις της κεφαλαλγίας ποικίλουν ανάλογα με την αιτία τους, τον τύπο τους και τα πρόδρομά τους συμπτώματα.(Lemone P., Burke K., 2004)

1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η πρώτη ταξινόμηση της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (International Headache Society) που δημοσιεύτηκε το 1988, προσέφερε σημαντική βοήθεια στην κατάταξη των διαφόρων μορφών κεφαλαλγίας. Βασιζόμενη στην αιτιολογία και θεσπίζοντας για πρώτη φορά σαφή διαγνωστικά κριτήρια, χρησιμοποιήθηκε από όλους τους μελετητές. Με την πάροδο του χρόνου καθιερώθηκε απόλυτα και έτσι η έκδοση νέας κατάταξης από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας το 1993 δεν έγινε ιδιαίτερα αποδεκτή, αφού αποδείχθηκε στην πράξη ότι ήταν δύσχρηστη και αρκετά πολύπλοκη. Αργότερα όμως και η χρησιμοποίηση της κατάταξης της IHS ανέδειξε προβλήματα και ατέλειες που οδήγησε στην αναθεώρηση της ICHD-II (International Classification of Headache Disorders). Η νέα αυτή ταξινόμηση παρουσιάζει διαφορές από την προηγούμενη, θεσπίζοντας νέες κατηγορίες πρωτοπαθών και δευτεροπαθών κεφαλαλγιών και χρησιμοποιώντας σαφέστερα και πλέον λεπτομερή κριτήρια.

Το πρώτο μέρος, αφορά τέσσερις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες, οι οποίες διαιρούνται σε 57 υποκατηγορίες. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει οκτώ κατηγορίες δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας με 152 υποκατηγορίες. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τις εγκεφαλικές νευραλγίες και τις νευραλγίες του προσώπου. (Noulas N, et al, 2012)



1.2.1. Πρωτοπαθείς Κεφαλαλγίες

Πίνακας 1: Πρωτοπαθείς Κεφαλαλγίες

1. Ημικρανία 1.1 Ημικρανία χωρίς αύρα 1.2 Ημικρανία με αύρα 1.2.1 Τυπική αύρα με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία 1.2.2 Τυπική αύρα χωρίς ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία 1.2.3 Τυπική αύρα χωρίς κεφαλαλγία 1.2.4 Οικογενής ημιπληγική κεφαλαλγία 1.2.5 Σποραδική ημιπληγική κεφαλαλγία 1.2.6 Κεφαλαλγία βασικής αρτηρίας 1.3 Περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας που είναι συχνά πρόδρομα κεφαλαλγίας 1.4 Αμφιβληστροειδική ημικρανία 1.5 Επιπλοκές της ημικρανίας 1.6 Πιθανή κεφαλαλγία
2. Κεφαλαλγία τάσεως 2.1 Μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως 2.1.1 με περικράνια ευαισθησία 2.1.2 χωρίς περικράνια ευαισθησία 2.2 Συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τάσεως 2.2.1 με περικράνια ευαισθησία 2.2.2 χωρίς περικράνια ευαισθησία 2.3 Χρόνια κεφαλαλγία τάσεως 2.3.1 με περικράνια ευαισθησία 2.3.2 χωρίς περικράνια ευαισθησία 2.4 Πιθανή κεφαλαλγία τάσεως
3. Αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία, άλλες κεφαλαλγίες που προέρχονται από τη δυσλειτουργία του τριδύμου 3.1 Αθροιστικού τύπου κεφαλαλγία 3.2 Παροξυσμική ημικρανία 3.3 Βραχείας διάρκειας μονόπλευρες κρίσεις κεφαλαλγίας νευραλγικόμορφου τύπου με συμμετοχή του επιπεφυκότα και δακρύρροια 3.4 Πιθανή τριδυμική κεφαλαλγία του αυτόνομου
4. Άλλες πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες 4.1 Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία 4.2 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία εκδηλωμένη με βήχα 4.3 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία κατά τη διάρκεια προσπάθειας 4.4 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία συσχετιζόμενη με τη σεξουαλική δραστηριότητα 4.5 Υπνική κεφαλαλγία 4.6 Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαλγία

4.7 Συνεχής κεφαλαλγία

4.8 Νέα καθημερινή εμμένουσα κεφαλαλγία

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Η πιο συχνή πρωτοπαθής κεφαλαλγία είναι η ημικρανία. Εμφανίζεται σε ποσοστό 3:1 στις γυναίκες έναντι των ανδρών με το 90% των περιπτώσεων χωρίς αύρα. Εκδηλώνεται στις ηλικίες μεταξύ 25–50 ετών. Η ημικρανία διαχωρίζεται σε δύο κύριους τύπους με ή χωρίς αύρα. (Noulas N, et al, 2012)

Ημικρανία χωρίς αύρα

Υποτροπιάζουσα κεφαλαλγία με κρίσεις διάρκειας 4 – 72 ώρες. Είναι ο συχνότερος τύπος ημικρανίας, που προκαλεί όμως τη μεγαλύτερη ανικανότητα. Τυπικά χαρακτηριστικά: σφύζων χαρακτήρας, μονόπλευρη εντόπιση, μέτρια η ισχυρή ένταση, φωτοφοβία, ηχοφοβία, επιδείνωση με τη φυσική δραστηριότητα. Η εντόπιση αυτής της κεφαλαλγίας είναι μετωποκροταφική. Οι συχνές κρίσεις ημικρανίας ονομάζονται ως Χρόνια ημικρανία εφόσον δεν σχετίζονται με υπερκατανάλωση φαρμάκων. Σήμερα για την αιτιολόγηση της νόσου ερευνάται η σημασία της ευαισθητοποίησης των περιαγγειακών τελικών νευρικών ινών κατά τη διάρκεια των κρίσεων. (Noulas N, et al, 2012)

Ημικρανία με αύρα

Παλιά ονομαζόταν «κλασσική ημικρανία». Χαρακτηρίζεται από περιοδικά εμφανιζόμενα επεισόδια κεφαλαλγίας τα οποία συνυπάρχουν με εστιακά νευρολογικά συμπτώματα. Η αύρα εκδηλώνεται ακριβώς πριν ή με την έναρξη της ημικρανίας. Οι κρίσεις διαρκούν έως και μία ώρα και περιλαμβάνουν διαταραχές όρασης, λόγου, απώλεια αισθητικότητας, αδυναμία άνω ή κάτω άκρου, αιμωδίες, μυρμηγκιάσματα κ.λπ. Η πρόδρομη φάση (πριν την αύρα) χαρακτηρίζεται από κόπωση και χασμουρητό, αδυναμία συγκέντρωσης, ευαισθησία στο φως και τον ήχο, μυαλγίες, αρθραλγίες κ.λπ. (Noulas N, et al, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΑΣΕΩΣ

Είναι ο πιο συχνός τύπος πονοκεφάλου. Η επίπτωσή του κυμαίνεται από 30% έως 78%. Όλοι οι τύποι κεφαλαλγίας τάσεως παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά:

- ❖ Η διάρκεια μεταξύ 30 λεπτών και 7 ημερών
- ❖ Τα χαρακτηριστικά είναι αμφοτερόπλευρη εντόπιση, συσφυκτικός – πιεστικός πόνος, μη επιδείνωση με τη φυσική άσκηση, ήπιος έως μέτριος πόνος.
- ❖ Χωρίς ύπαρξης ναυτίας και εμετού.

Η συχνότητα εμφάνισης αυτής της κεφαλαλγίας διαχωρίζει τις υπόλοιπες υποκατηγορίες αυτής:

1. Μη συχνή κεφαλαλγία τάσεως (10 επεισόδια σε <1η μέρα/μήνα ή <12 ημέρες/έτος).
2. Συχνή κεφαλαλγία τάσεως (10 επεισόδια σε >1ημέρα/μήνα ή >12 ημέρες/έτος).
3. Χρόνια κεφαλαλγία τάσεως (συχνότητα 15 ημερών/μήνα για διάστημα μεγαλύτερο από 3 μήνες

Η διάγνωση περικράνιας ευαισθησίας είναι το πιο σημαντικό εύρημα στους ασθενείς με κεφαλαλγία τάσεως. Η συχνή κεφαλαλγία τάσεως συνυπάρχει σε μεγάλο ποσοστό με την ημικρανία χωρίς αύρα. Σε μια πρόσφατη μελέτη φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρόνιας κεφαλαλγίας τάσεως και της ημικρανίας χωρίς αύρα.

ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Μολονότι εμφανίζει πολύ μικρότερη επίπτωση από την ημικρανία (0,00279%) στο γενικό πληθυσμό, συνοδεύεται από εκδήλωση ανικανότητας λόγω συχνών κρίσεων και συχνών διακοπών του ύπνου. Η αναλογία ανδρών γυναικών είναι 4:1. Η αθροιστική κεφαλαλγία εκδηλώνεται με δύο μορφές:

1. Επεισοδιακή: Συνυπάρχει η «ενεργή περίοδος» με καθημερινές κρίσεις και ακολουθεί η «περίοδος ύφεσης» στην οποία ο/η ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων.
2. Χρόνια μορφή: Η «περίοδος ύφεσης» δεν υπάρχει. Ο κλινικός γιατρός πριν κατατάξει μια κεφαλαλγία στην αθροιστικού τύπου θα πρέπει να έχει αποκλείσει όλες τις άλλες νόσους που προκαλούν τα ίδια συμπτώματα όπως μηνιγγίωμα του τριδύμου, ιδιοπαθή κακοήγη υπέρταση, ινιακό νευρίνωμα, κ.λπ. (Noulas N, et al, 2012)

ΑΛΛΕΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ

Εκτός από τις τρεις βασικές μορφές πρωτοπαθών κεφαλαλγιών, την ημικρανία, την κεφαλαλγία τύπου τάσης και τις αθροιστικές κεφαλαλγίες, υπάρχουν και άλλες πρωτοπαθείς

κεφαλαλγίες που σύμφωνα με την κατάταξη της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας του 1988 αποτελούσαν την ομάδα των πρωτοπαθών κεφαλαλγιών που δεν συνδέονται με ιστική βλάβη. Ο όρος αυτός τροποποιήθηκε στην κατάταξη του 2004, όπου οι κεφαλαλγίες της εν λόγω κατηγορίας αναφέρονται ως «άλλες πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες».

Πρόκειται για κεφαλαλγίες που είναι κλινικά ετερογενείς. Χαρακτηρίζονται ως επί το πλείστον από παροξυντικό και βραχείας διάρκειας άλγος. Σε πολλές περιπτώσεις όμως

μπορεί να είναι συμπτωματικές και χρειάζονται προσεκτική συνεκτίμηση με απεικονιστικές μεθόδους ή άλλες κατάλληλες δοκιμασίες. Πρώτες αναφορές σε διάφορες μορφές των άλλων πρωτοπαθών κεφαλαλγιών συναντώνται στα συγγράμματα του Ιπποκράτη. Το 1932, ο Tinel περιέγραψε μερικούς ασθενείς με επεισοδιακή παροξυσμική κεφαλαλγία που συνδεόταν με άσκηση ή με χειρισμούς που αυξάνουν την ενδοθωρακική πίεση.

Το 1956, ο Sir Symonds ανέφερε 27 ασθενείς με κεφαλαλγίες μικρής διάρκειας, που εκλύονταν με χειρισμούς Valsalva (βήχας, γέλιο, αφόδευση ή αιφνίδιες αλλαγές στη στάση). Ο συγγραφέας διαίρεσε τους ασθενείς σε δύο ομάδες: Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 6 περιστατικά με διαγνωσμένη ενδοκρανιακή βλάβη και η δεύτερη ομάδα τα υπόλοιπα 21 περιστατικά, όπου δεν διαπιστώθηκε κάποια οργανική βλάβη. Ο Symonds, πρώτος, χρησιμοποίησε τον όρο «καλοήθης» κεφαλαλγία του βήχα, χωρίς ιστική βλάβη. Ο Rooke, το 1968, περιέγραψε μεγάλη ομάδα ασθενών με κεφαλαλγία από προσπάθεια, όπου συμπεριέλαβε και τις υπόλοιπες μορφές (βήχας, άσκηση και σεξουαλική δραστηριότητα). Τα επόμενα χρόνια ακολούθησαν αρκετές αναφορές με παρόμοια περιστατικά. Η παθοφυσιολογία των άλλων πρωτοπαθών κεφαλαλγιών γενικά παραμένει άγνωστη, αν και υπάρχουν διάφορες θεωρίες για κάθε υπομορφή. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι αυτές οι κεφαλαλγίες ενδέχεται να είναι συχνά συμπτωματικές και ως εκ τούτου απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση και νευροαπεικόνιση για τυχόν ιστικές βλάβες. (Καραρίζου Ε, et al, 2012)

Πίνακας 2: Άλλες Πρωτοπαθείς Κεφαλαλγίες

Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία

Πρωτοπαθής κεφαλαλγία του βήχα

Πρωτοπαθής κεφαλαλγία προσπάθειας

Πρωτοπαθής κεφαλαλγία που συνδέεται με σεξουαλική δραστηριότητα

– Προοργασμική κεφαλαλγία

– Οργασμική κεφαλαλγία

Υπνική κεφαλαλγία

Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαλγία

Συνεχής ημικρανία (hemicrania continua)

Πρόσφατης έναρξης επίμονη καθημερινή κεφαλαλγία (NDPH)

Πρωτοπαθής Διαξιφιστική Κεφαλαλγία

Η πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία (primary stabbing headache) περιγράφηκε το 1964 ως “periodic ophthalmodynia” και ο όρος διατηρήθηκε στα ελληνικά ως «περιοδική οφθαλμοδυνία». Έκτοτε, αναφερόταν με διάφορες ονομασίες (“ice pick-like pains”, “sharp short-lived head pains”, “needle-in-the-eye syndrome”, και “jabs and jolts syndrome”) μέχρι το 2004, οπότε όλες οι μορφές συμπεριλήφθηκαν υπό τον όρο «πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία», ο οποίος χρησιμοποιείται πλέον στη διεθνή βιβλιογραφία. Πρόκειται για κεφαλαλγία με παροδικό, εντοπισμένο, διαξιφιστικό άλγος στην περιοχή της κεφαλής και του προσώπου, το οποίο επισυμβαίνει αυτόματα, σε απουσία οργανικής βλάβης των υποκείμενων δομών ή των κρανιακών νεύρων. Αφορά στο 2% περίπου των πασχόντων από κεφαλαλγία. (Καραρίζου Ε, et al, 2012)

Πρωτοπαθής Κεφαλαλγία Του Βήχα (Παλαιότερα χρησιμοποιούμενοι όροι: Καλοήθης κεφαλαλγία του βήχα, κεφαλαλγία από χειρισμό Valsalva)

Η κεφαλαλγία του βήχα περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1956 από τον Symonds. Πρόκειται για κεφαλαλγία που προκαλείται από βήχα, σε απουσία ενδοκράνιας βλάβης, και το βασικό της χαρακτηριστικό είναι ότι αναπαράγεται με τη δοκιμασία Valsalva, αλλά όχι με τη φυσική δραστηριότητα ή με την άσκηση. Δεν

συννοδεύεται από ναυτία ή συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και εμφανίζεται αμέσως μετά το βήχα. Είναι συχνότερη στους άνδρες (4/1), εμφανίζεται συχνά μετά από λοίμωξη του αναπνευστικού και αφορά περίπου στο 1% των πασχόντων από κεφαλαλγία. Αν και η αιτιοπαθογένεια παραμένει άγνωστη για την πρωτοπαθή κεφαλαλγία του βήχα, την κεφαλαλγία προσπάθειας και τις κεφαλαλγίες που συνδέονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, έχει παρατηρηθεί ότι συχνά όλες αυτές οι κεφαλαλγίες εκλύονται με τη δοκιμασία Valsalva, που πιθανόν να εξηγεί και μέρος του πετρογενετικού μηχανισμού. Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει κάποια βλάβη στο μηχανισμό ρύθμισης της ενδοκράνιας πίεσης. Με το βήχα, το φτέρνισμα, το γέλιο, το φύσημα της μύτης και την προσπάθεια η ενδοθωρακική και η ενδοκοιλιακή πίεση αυξάνονται και στη συνέχεια μεταδίδονται μέσω των φλεβών γύρω από τις σπονδυλικές και τις επισκληρίδιες φλέβες αυξάνοντας την ενδοκράνια πίεση, η οποία ωστόσο δεν αποκαθίσταται ταχέως όπως στα φυσιολογικά άτομα. (Καραρίζου E, et al, 2012)

Πρωτοπαθής Κεφαλαλγία Προσπάθειας (Παλαιότερα χρησιμοποιούμενοι όροι: Καλοήθης κεφαλαλγία προσπάθειας)

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την πρωτοπαθή κεφαλαλγία προσπάθειας και συμβούλευε τους μαθητές του να είναι σε θέση να διαχωρίζουν την κεφαλαλγία από γυμναστική άσκηση ή από το τρέξιμο ή από το περπάτημα ή από βαριά εργασία. Η κεφαλαλγία αυτή είναι αιφνίδιας έναρξης, εμφανίζεται πάντα μετά από έντονη προσπάθεια, έχει σφύζοντα χαρακτήρα και είναι αμφοτερόπλευρη. Η κεφαλαλγία προσπάθειας μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. (Καραρίζου E, et al, 2012)

Πρωτοπαθής Κεφαλαλγία που Συνδέεται με Σεξουαλική Δραστηριότητα (Παλαιότερα χρησιμοποιούμενοι όροι: Καλοήθης κεφαλαλγία του sex, κεφαλαλγία συνουσίας, καλοήθης αγγειακή σεξουαλική κεφαλαλγία)

Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη, ο οποίος ταύτιζε τη συγκεκριμένη κεφαλαλγία με την κεφαλαλγία προσπάθειας. Υπάρχουν διάφορες αναφορές που συνδέουν αυτή την κεφαλαλγία με τη σεξουαλική πράξη, αλλά πρώτη περιγραφή ως ξεχωριστού τύπου κεφαλαλγία συναντάται το 1970. Πρόκειται για μια μορφή κεφαλαλγίας που προκαλείται από τη σεξουαλική δραστηριότητα και δεν σχετίζεται με ενδοκράνια διαταραχή. Συνήθως εμφανίζεται

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

ως αμβλύ αμφοτερόπλευρο άλγος, που αυξάνεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και κορυφώνεται κατά τον οργασμό. Η κεφαλαλγία αυτή καλύπτει το 1% (0,2–1,6%) περίπου του συνόλου των κεφαλαλγιών και εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες. Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες κυμαίνεται από 3–5/1 στις διάφορες μελέτες. Είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο της σεξουαλικής ζωής, συχνότερα όμως στην ηλικία των 30–40 ετών. (Καραρίζου Ε, et al, 2012)

Υπνική Κεφαλαλγία (Παλαιότερα χρησιμοποιούμενοι όροι: Σύνδρομο υπνικής κεφαλαλγίας, κεφαλαλγία-ξυπνητήρι (“alarm-clock” Headache))

Η υπνική κεφαλαλγία είναι μια σπάνια καλοήθης κεφαλαλγία και αποτελεί την καλύτερη απόδειξη της σχέσης ύπνου και κεφαλαλγίας. Λειτουργικές απεικονιστικές εξετάσεις (PET) αναδεικνύουν υπερδραστηριότητα εγκεφαλικών πυρήνων που θεωρούνται υπεύθυνοι για τη ρύθμιση του ύπνου και, συγκεκριμένα, υπερδραστηριότητα των ραχιαίων πυρήνων της ραφής πριν και κατά τη διάρκεια της ημικρανιακής κρίσης και υπερδραστηριότητα του προσθιοπλάγιου υποθαλαμικού πυρήνα κατά τη διάρκεια της αθροιστικής κεφαλαλγίας. Η υπνική κεφαλαλγία εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας περίπου 60 ετών και άνω και εύλογα δημιουργούνται διάφορα ερωτήματα. (Καραρίζου Ε, et al, 2012)

Πρωτοπαθής Κεραυνοβόλος Κεφαλαλγία (Παλαιότερα χρησιμοποιούμενος όρος: Καλοήθης κεραυνοβόλος κεφαλαλγία (benign thunderclap headache))

Πρόκειται για τύπο κεφαλαλγίας που μιμείται την κεφαλαλγία από ρήξη εγκεφαλικού ανeurύσματος και συχνά οι ασθενείς επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η διάγνωση της πρωτοπαθούς κεραυνοβόλου κεφαλαλγίας τεκμηριώνεται μόνο αν έχουν αποκλειστεί εξονυχιστικά τα πιθανά δευτεροπαθή αίτια. Συχνά η κεφαλαλγία αυτή σχετίζεται με σοβαρές αγγειακές ενδοκρνιακές διαταραχές και κυρίως την υπαραχνοειδή αιμορραγία. (Καραρίζου Ε, et al, 2012)

Συνεχής Ημικρανία

Το 1981, οι Medina και Diamond περιέγραψαν μια νέα κεφαλαλγία με αυστηρά μονόπλευρη εμφάνιση και πλήρη ανταπόκριση στην ινδομεθακίνη, που τη θεώρησαν ως πιθανό υπότυπο της αθροιστικής κεφαλαλγίας. Τρία έτη αργότερα, το 1984, η διαταραχή αυτή ονομάστηκε «συνεχής ημικρανία» (hemicrania continua)

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

και έκτοτε έχουν αναφερθεί >100 περιπτώσεις στη βιβλιογραφία. Πρόκειται για εμμένουσα, αυστηρώς ετερόπλευρη κεφαλαλγία, η οποία απαντά στην ινδομεθακίνη. Η συχνότητα της διαταραχής είναι άγνωστη. (Καραρίζου Ε, et al, 2012)

Πρόσφατης Έναρξης Επίμονη Καθημερινή Κεφαλαλγία (Παλαιότερα χρησιμοποιούμενος όρος: De novo χρόνια κεφαλαλγία, χρόνια κεφαλαλγία οξείας έναρξης)

Η πρώτη περιγραφή της πρόσφατης έναρξης επίμονης καθημερινής κεφαλαλγίας (new daily persistent headache, NDPH) έγινε από τον Vanast, το 1986, και οι περισσότεροι ασθενείς του είχαν συνοδά ημικρανιακά συμπτώματα. Το 1996 έγινε προσπάθεια καταγραφής κριτηρίων, όπου επίσης δεν είχαν αποκλειστεί τα ημικρανιακά χαρακτηριστικά στους ασθενείς. Πρόκειται για καθημερινή κεφαλαλγία, εμμένουσα για τουλάχιστον 3 ημέρες από την έναρξή της. Το άλγος, τυπικά, είναι αμφοτερόπλευρο, συσφιγκτικό και ήπιας έως μέτριας έντασης. Μπορεί να συνυπάρχει φωτοφοβία, ηχοφοβία και ήπια ναυτία. Η συχνότητα, σύμφωνα με τις διάφορες μελέτες στη βιβλιογραφία, κυμαίνεται από 0,03–0,3% του συνόλου των κεφαλαλγιών. Στις περισσότερες μελέτες περιγράφεται επικράτηση στις γυναίκες, με αναλογία γυναικών/ανδρών σχεδόν 2:1. Σε μία μόνο εργασία, από την Ιαπωνία, σε 30 περιστατικά, διαπιστώθηκε ήπια επικράτηση στους άνδρες (57%).(Καραρίζου Ε, et al, 2012)

1.2.2. Δευτεροπαθείς Κεφαλαλγίες

Όταν ένας ασθενής παρουσιάζει κεφαλαλγία για πρώτη φορά στη ζωή του, ή ένα τύπο κεφαλαλγίας, διαφορετικό από τις παλιότερες κεφαλαλγίες του, ενώ το ίδιο χρονικό διάστημα αναπτύσσει έναν εγκεφαλικό όγκο, τότε εύκολα συμπεραίνουμε ότι η κεφαλαλγία του είναι δευτεροπαθείς, αποδιδόμενη στον όγκο. Σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση μιας μορφής μόνο κεφαλαλγίας. Όταν μια κεφαλαλγία εκδηλώνεται σε συνάρτηση με μια πάθηση, η οποία είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, μιλάμε πάντα για δευτεροπαθή κεφαλαλγία. (Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, 2006)

Πίνακας 3: Δευτεροπαθείς Κεφαλαλγίες

1. Μετατραυματική κεφαλαλγία

2. Κεφαλαλγία που συνοδεύει αγγειακές διαταραχές κρανίου ή τραχήλου
3. Κεφαλαλγία που συνοδεύει μη αγγειακές ενδοκράνιες διαταραχές
4. Κεφαλαλγία από διάφορες ουσίες ή από την διακοπή τους
5. Κεφαλαλγία από λοιμώξεις
6. Κεφαλαλγία από διαταραχές της ομοιόστασης
7. Κεφαλαλγία ή πόνος προσώπου από παθήσεις κρανίου, αυχένα, οφθαλμών, ωτών, μύτης, κόλπων προσώπου, οδόντων, στόματος ή άλλων μερών προσώπου και κρανίου
8. Κεφαλαλγία από ψυχιατρικές διαταραχές

1.2.3. Κρανιακή Νευραλγία, Πρωτοπαθής και Κεντρικής Αιτιολογίας Πόνος Προσώπου και Άλλες Κεφαλαλγίες

Πίνακας 4: Κρανιακή Νευραλγία, Πρωτοπαθής και Κεντρικής Αιτιολογίας Πόνος Προσώπου και Άλλες Κεφαλαλγίες

1. ΝΕΥΡΑΛΓΙΕΣ ΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΑΛΓΙΕΣ

Το άλγος στην κεφαλή και στον τράχηλο διαμεσολαβείται από κεντρομόλες ίνες του τριδύμου, του διάμεσου νεύρου, του γλωσσοφαρυγγικού και του πνευμονογαστρικού νεύρου, καθώς και από τις ανώτερες αυχενικές ρίζες, μέσω των ινιακών νεύρων. Ερεθισμός, αυτών των νεύρων λόγω συμπίεσης, παραμόρφωσης, έκθεσης σε ψύχος ή άλλων αιτιών, ή βλάβη σε κεντρικούς οδούς, μπορεί να δημιουργήσει διαξιφιστικό ή συνεχή πόνο στη περιοχή νεύρωσης. Η αιτία μπορεί να είναι σαφής, όπως στην περίπτωση λοίμωξης από έρπητα ζωστήρα, η μιας δομικής ανωμαλίας που αναδεικνύεται απεικονιστικά, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις είναι δυνατόν να μην υπάρχει προφανής λόγος που να δικαιολογεί τον νευραλγικό πόνο. Οι νευραλγίες του τριδύμου και του γλωσσοφαρυγγικού παρουσιάζουν πρόβλημα όσον αφορά στην ονοματολογία τους. Όταν ο πόνος είναι αποτέλεσμα πίεσης του νεύρου από αγγειακό βρόχο, όπως συχνά αναδεικνύεται κατά την διάρκεια εγχείρησης, τότε η νευραλγία πρέπει να θεωρείται δευτεροπαθής. Επειδή αρκετοί είναι οι ασθενείς που τελικά δεν χειρουργούνται, παραμένει αβέβαιο το κατά πόσο έχουν πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή νευραλγία. Για αυτό το λόγο, στους ασθενείς με

τυπικό ιστορικό προτιμάται ο όρος κλασική έναντι της πρωτοπαθούς νευραλγίας, ακόμα και αν τελικά αποκαλυφθεί μια αγγειακή πηγή συμπίεσης του νεύρου. Ο όρος δευτεροπαθής μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτούς τους ασθενείς στους οποίους έχει αναδειχθεί ένα νευρίνωμα ή κάποια παρόμοια βλάβη. (Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΙ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



Η κεφαλαλγία είναι το πιο συχνό παροξυσμικό νευρολογικό σύμπτωμα στα παιδιά.

Η επίδραση που έχουν οι κεφαλαλγίες στις σχολικές επιδόσεις, στις καθημερινές δραστηριότητες, στην προσωπικότητα του παιδιού και στις διαπροσωπικές του σχέσεις εξαρτάται από την αιτιολογία, την συχνότητα και την έντασή τους. Από μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι το 60 – 75% των παιδιών στην ηλικία 15 ετών έχει εμπειρία προηγούμενων επεισοδίων κεφαλαλγίας, στο 5 – 10% των παιδιών αυτών η κεφαλαλγία υποτροπιάζει και στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα κλινικά χαρακτηριστικά της είναι συμβατά με τη διάγνωση της ημικρανίας. Οι κεφαλαλγίες στα παιδιά προκαλούνται συχνά από καλοήγη αιτία και σπανιότερα αποτελούν εκδήλωση σοβαρών νοσημάτων, όπως είναι οι όγκοι του εγκεφάλου. Εκτός από τις κατηγορίες που αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι κεφαλαλγίες, ανάλογα με τον τρόπο που εμφανίζονται και τη διάρκεια τους, διακρίνονται σε οξείες (γενικευμένες – τοπικές), οξείες υποτροπιάζουσες και χρόνιες (εξελισσόμενες – μη εξελισσόμενες). (Nelson, 2002)

Σε παιδιά με οξεία κεφαλαλγία δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό κεφαλαλγίας. Συχνότερες αιτίες οξείας κεφαλαλγίας είναι οι λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος, η φλεγμονή των κόλπων του προσώπου, η μέση ωτίτιδα και οι οδοντικές παθήσεις, ενώ σπανιότερες αιτίες είναι η αρτηριακή υπέρταση, η οξεία χρήση ή έκθεση σε ουσίες ή φάρμακα, η μηνιγγίτιδα, η ενδοκρανιακή αιμορραγία, ο υδροκέφαλος, οι όγκοι και τα αποστήματα εγκεφάλου. Οι οξείες υποτροπιάζουσες κεφαλαλγίες χαρακτηρίζονται από οξεία περιοδικά επεισόδια κεφαλαλγίας, στα μεσοδιαστήματα των οποίων όμως ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων. Συχνότερες αιτίες οξείας υποτροπιάζουσας κεφαλαλγίας είναι η ημικρανία και η κεφαλαλγία τύπου τάσεως. (Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας)

Στις χρόνιες μη εξελισσόμενες κεφαλαλγίες, η κεφαλαλγία παρουσιάζεται πολλές φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά, χωρίς σημαντική αλλαγή στην ένταση της. Οι ασθενείς με χρόνια μη εξελισσόμενη κεφαλαλγία, συνήθως δεν έχουν άλλα νευρολογικά συμπτώματα. Σε αυτήν ανήκουν κυρίως οι κεφαλαλγίες τύπου τάσεως και από κατάχρηση αναλγητικών. (Scott W. Powers SW, et al, 2003)

Οι σοβαρότερες κεφαλαλγίες, αλλά και σπανιότερες, είναι οι χρόνιες εξελικτικές κεφαλαλγίες, που επιδεινώνονται προοδευτικά και σε σύντομο διάστημα συνοδεύονται και από άλλα νευρολογικά συμπτώματα. Συχνότερες αιτίες εξελικτικής κεφαλαλγίας είναι οι όγκοι εγκεφάλου, αλλά και άλλες αιτίες που προκαλούν αυξημένη ενδοκράνια πίεση, όπως τα αποστήματα και τα αιματώματα εγκεφάλου, ο υδροκέφαλος και η κακοήθης ενδοκράνια υπέρταση. Στα σημαντικότερα αίτια κεφαλαλγίας των παιδιών περιλαμβάνεται η ημικρανία και οι ψυχογενείς κεφαλαλγίες ή κεφαλαλγίες λόγω στρες. (Κωνσταντόπουλος Α, 2007)

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η πιο εκτεταμένη μελέτη γύρω από το θέμα έγινε το 1962 από τον Bille στην Σουηδία. Στην μελέτη αυτή αναλύθηκαν τα αποτελέσματα εξέτασης 8993 παιδιών και καταδείχθηκε ότι έως την ηλικία των 7 χρονών, 59% των παιδιών παρουσίασαν τουλάχιστον ένα σοβαρό επεισόδιο κεφαλαλγίας, και δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, έως δε την ηλικία των 15 χρονών το 75% του συνόλου παρουσίασαν τουλάχιστον ένα σοβαρό επεισόδιο κεφαλαλγίας. Από 7 – 10 χρονών είναι συχνότερες στα αγόρια, ενώ στις ηλικίες 10- 15 χρονών συχνότερες είναι στα κορίτσια. Συχνές κεφαλαλγίες στη μελέτη αυτή είχε μόνο το 10% των παιδιών και

εφήβων. (Bille B,1989 and Bille B,1993) Με τα ποσοστά αυτά συμφωνούν οι μετέπειτα ερευνητές της Δυτικής Ευρώπης και Βορείου Αμερικής. Αργότερα διαπιστώνεται ότι το ποσοστό συχνών κεφαλαλγιών στα παιδιά είναι μεγαλύτερο. Ο Waters το 1974, αναφέρει ότι κορίτσια ηλικίας 10- 16 χρονών παρουσιάζουν μία κεφαλαλγία το μήνα σε ποσοστό 27%. Ο Silanpaa το 1983, διαπιστώνει σε 2915 παιδιά και των δύο φύλων, έως 14 χρονών ότι το ποσοστό των παιδιών με μία κεφαλαλγία το μήνα είναι 28%.

Σήμερα από την καθημερινή μας πείρα αλλά και από την τρέχουσα διεθνή βιβλιογραφία, γνωρίζουμε ότι το ποσοστό συχνών κεφαλαλγιών στα παιδιά είναι ακόμα υψηλότερο και υπερβαίνει το 50%.(Borge AIH, et al,1993)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται μελέτες από κάποιες χώρες που δείχνουν τη συχνότητα κεφαλαλγίας και Ημικρανίας, σε παιδιά και εφήβους.

Συγγραφέας	Έτος	Χώρα	Αριθμός μελέτης παιδιών	Ηλικία Έτη	Κεφαλαλγία Γενικά	Ημικρανία
Bille	1962	Σουηδία	8993	7- 15	59%	3,9%
Μπεχλιβανίδης	1984	Ελλάδα	287	9- 12	69,7%	3%
Διαμαντόπουλος	1993	Ην. Πολιτείες	2421	12- 18	39%	2,9%
Abu Arefeh	1994	Αγγλία	2165 μαθητές	5 - 15	≤ 13,5%	≤ 10,6%

Σε εργασία των Chu & Shinnar που αναφέρεται σε πονοκεφάλους παιδιών μικρότερων των 7 ετών, ως ηλικία έναρξης των κεφαλαλγιών θεωρούνται οι 6 μήνες της ζωής, ενώ σε σχετική ελληνική μελέτη τα 2,5 χρόνια.

Συχνότεροι τύποι κεφαλαλγίας σε παιδιά και εφήβους ως 16 χρονών είναι η Ημικρανία (7 – 10%) και η Κεφαλαλγία τάσεως (15- 20%).

2.2. ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Η ημικρανία είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια κεφαλαλγίας, ποικίλης έντασης, διάρκειας και συχνότητας, τα οποία μπορεί

να συνοδεύονται και από άλλα συμπτώματα (κοιλιακό άλγος, ναυτία ή έμετο, σφύζουσα κεφαλαλγία, ετερόπλευρη εντόπιση, ανακούφιση μετά από τον ύπνο και θετικό οικογενειακό ιστορικό). (Κωνσταντόπουλος Α, 2007)

Οι περισσότερες δεν είναι σοβαρές και αντιμετωπίζονται με συντηρητικά μέσα. Το μικρότερο παιδί που αναφέρθηκε με ημικρανία ήταν 1 έτους. Η συχνότητα της ημικρανίας στα παιδιά σχολικής ηλικίας μεταξύ 7- 15 χρονών ήταν 4% σύμφωνα με μία Σουηδική μελέτη. Τα κορίτσια είναι πιθανότερο να εμφανίσουν ημικρανία ως έφηβες, ενώ τα αγόρια υπερτερούν ελάχιστα στην ηλικία των 10 χρονών στα παιδιά που εμφανίζουν ημικρανία. Η αιτιολογία των ημικρανιών είναι άγνωστη, αλλά η κληρονομική προδιάθεση φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικό υποκείμενο παράγοντα. Οι ορμονικές μεταβολές, οι αλλεργίες, οι προσωπικότητες που βάζουν υψηλούς στόχους, το άγχος, το έντονο φως, ο υπερβολικός θόρυβος, έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση ημικρανιών. (Nelson, 2002)

Διακρίνεται:

- ❖ στην ημικρανία χωρίς αύρα ή κοινή, που είναι η συχνότερη (80% των περιπτώσεων) και
- ❖ στην ημικρανία με αύρα, που εμφανίζεται κυρίως στην εφηβική ηλικία.

Η διάγνωση της ημικρανίας στηρίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια της ημικρανίας που έχουν καθοριστεί από τη Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας. Μολονότι δεν περιλαμβάνεται στα κριτήρια, το οικογενειακό ιστορικό είναι θετικό σε 60 – 90% των παιδιών με ημικρανία. Πριν από την εφηβεία η ημικρανία είναι συχνότερη στα αγόρια, ενώ μετά την εφηβεία σε κορίτσια σε διπλάσια ή τριπλάσια συχνότητα. Έχουν διαπιστωθεί διάφοροι παθογενετικοί μηχανισμοί για την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ημικρανίας, όπως αγγειακές διαταραχές του εγκεφάλου και, συγκεκριμένα, αγγειοδιαστολή των εξωκρανιακών αγγείων κατά τη διάρκεια της αύρας και αγγειοδιαστολή των εξωκρανιακών αγγείων κατά τη διάρκεια της κεφαλαλγίας. Επί πλέον, διάφορα νευρικά ερεθίσματα από τον θάλαμο, το εγκεφαλικό στέλεχος και τον εγκεφαλικό φλοιό και διάφοροι νευροδιαβιβαστές, όπως η σεροτονίνη, φαίνεται ότι εμπλέκονται στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ημικρανιακής κρίσης. (Ferracini GN, et al, 2014)

Τα βρέφη και τα παιδιά αντιδρούν στην κεφαλαλγία με απρόβλεπτο τρόπο. Τα περισσότερα δεν μπορούν να εκφράσουν ακριβώς τι νοιώθουν και γίνονται ευερέθιστα και δύστροπα, κάνουν εμέτους και προτιμούν να βρίσκονται σε σκοτεινό

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

δωμάτιο ή τρέβουν συνεχώς τα μάτια και το κεφάλι τους. Τα παιδιά δεν είναι σε θέση να δώσουν ένα καλό ιστορικό περιγράφοντας έναν πονοκέφαλο. (Nelson, 2002)

Πίνακας 5: Τροποποιημένα Διαγνωστικά Κριτήρια Κοινής Ημικρανίας στα Παιδιά

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ
1. Αριθμός επεισοδίων κεφαλαλγίας	Τουλάχιστον 5 επεισόδια πληρούν τα κριτήρια 2, 3 και 4
2. Διάρκεια επεισοδίων κεφαλαλγίας	1 - 48 ώρες
3. Τύπος επεισοδίων κεφαλαλγίας	Τουλάχιστον 2 από τα χαρακτηριστικά 3α, 3β, 3γ και 3δ
A. Εντόπιση	Έτερο - ή αμφοτερόπλευρη κεφαλαλγία, μετωπιαία ή κροταφική
B. Χαρακτήρας	Σφύζον άλγος
Γ. Ένταση	Μέτρια προς έντονη
Δ. Επιβαρυντικοί παράγοντες	Συνήθης φυσική κατάσταση
4. Συνοδά συμπτώματα	Τουλάχιστον 1 από τα χαρακτηριστικά 4α και 4β
A. Ναυτία ή/και έμετοι	
B. Φωτο ή/και φωτοφοβία	

Πίνακας 6: Διαγνωστικά Κριτήρια Ημικρανίας Με Αύρα στα Παιδιά

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ
----------	------------------------------

	Τουλάχιστον 2 επεισόδια πληρούντα το
1. Αριθμός επεισοδίων κεφαλαλγίας	κριτήριο 2
	Τουλάχιστον 3 από τα χαρακτηρίστηκα 2α, 2β,
2. Χαρακτήρας αύρας	2γ και 2δ
α. Ένα ή περισσότερα πλήρως αναστρέψιμα	
συμπτώματα αύρας, λόγω εστιακής	
δυσλειτουργίας του φλοιού ή του στελέχους	
β. Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα αύρας με	
βαθμιαία οργάνωση (> 4 λεπτά) ή τουλάχιστον	
δυο συμπτώματα αύρας εμφανιζόμενα	
αλληλοδιαδόχως	
γ. Διάρκεια αύρας < 60 λεπτά	
δ. Εμφάνιση κεφαλαλγίας εντός 60 λεπτών	
μετά την αύρα	

Η αύρα στην κλασική ημικρανία χαρακτηρίζεται κυρίως από οπτικές διαταραχές, όπως σπινθηροβολία, σκοτώματα, θάμβος όρασης με έκπτωση της οπτικής οξύτητας, εκλάμψεις, στένωση του οπτικού πεδίου και τειχοψίες. Κυριότερες μορφές της επιπεπλεγμένης ή σύνθετης ημικρανίας, που χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη παροδικών νευρολογικών σημείων και συμπτωμάτων, είναι: (Κωνσταντόπουλος Α, 2007)

1. η βασική,
2. η ημιπληγική και

3. η οφθαλμολογική.

Η βασική ημικρανία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα και εκδηλώσεις που αποδίδονται σε ανεπάρκεια της σπονδυλοβασικής αρτηριακής κυκλοφορίας και περιλαμβάνουν ζάλη, ίλιγγο, αφασία, δυσαρθρία, διπλωπία και παροδική ημιανοψία.

Η ημιπληγική ημικρανία αποδίδεται σε ανεπάρκεια της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και παρατηρείται κυρίως κατά τη νηπιακή και παιδική ηλικία. Ιδιαίτερη οντότητα φαίνεται ότι αποτελεί η οικογενής ημιπληγική ημικρανία, για τη διάγνωση της οποίας απαιτείται ανάλογο βεβαιωμένο επεισόδιο σε συγγενή πρώτου βαθμού. Η οφθαλμολογική ημικρανία παρατηρείται κατά την πρώτη παιδική ηλικία και οφείλεται σε πάρεση του κοινού κινητικού νεύρου και σπανιότερα άλλων οφθαλμικών νεύρων.(Gascon G and Barlow C, 1970)

Τα ημικρανιακά ισοδύναμα ή παραλλαγές ημικρανίας, είναι κλινικές οντότητες με περιοδικό παροξυσμικό χαρακτήρα, χωρίς έντονη συνοδό κεφαλαλγία, καλοήγη πρόγνωση και αιτιολογική συσχέτιση με την ημικρανία, η οποία βασίζεται κυρίως στο ισχυρό οικογενειακό ή/και ατομικό ιστορικό ημικρανίας. Τα περισσότερα παιδιά με αυτές τις οντότητες θα εμφανίσουν αργότερα και τυπικά επεισόδια ημικρανίας. Πέντε τέτοιες οντότητες έχουν περιγράψει στα παιδιά: (Κωνσταντόπουλος Α, 2007)

1. το καλοήθες παροξυσμικό ραιβόκρανο στα βρέφη
2. ο καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος σε νήπια και παιδιά μικρής ηλικίας
3. οι κυκλικοί έμετοι / κοιλιακή ημικρανία σε νήπια και παιδιά μικρής ηλικίας
4. η ακεφαλαλγική ημικρανία σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και εφήβους
5. η οξεία συγχυτική ημικρανία σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και εφήβους

2.3. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΕΩΣ

Χαρακτηρίζεται από επεισόδια κεφαλαλγίας διάρκειας τουλάχιστον 15 ημέρες το μήνα για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Η κεφαλαλγία είναι πιεστική ή συσφιγκτική, ελαφριάς ή μέτριας έντασης αμφοτερόπλευρη, αλλά δεν επιδεινώνεται με την καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Συνήθως δεν συνοδεύεται από ναυτία ή εμετό. Η χορήγηση απλών παυσίπονων συνήθως δεν έχει αποτέλεσμα. (Αθανασίου, et al, 1999)

2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η εκτίμηση της κεφαλαλγίας βασίζεται:

- ❖ στο λεπτομερειακό ατομικό και κληρονομικό ιστορικό,
- ❖ την κλινική κατά συστήματα εξέταση,
- ❖ τη νευρολογική εξέταση,
- ❖ τη βυθοσκόπηση και
- ❖ την εργαστηριακή διερεύνηση.

Το πλήρες λεπτομερές ιστορικό και η φυσική εξέταση αποτελούν τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά μέσα στη διερεύνηση της κεφαλαλγίας. Η βασική ημικρανία μπορεί να μπερδευτεί με αρκετές καταστάσεις όπως οι συγγενείς δυσπλασίες του κρανίου και των αυχενικών σπονδύλων, οι όγκοι του οπισθίου βόθρου, οι τοξίνες και τα φάρμακα και οι μεταβολικές διαταραχές. Θα πρέπει να διερευνάται το λιπιδιακό προφίλ σε παιδιά με ημικρανία και θετικό οικογενειακό ιστορικό πρώιμου εμφράγματος του μυοκαρδίου ή αγγειοεγκεφαλικού επεισοδίου. Ο προγραμματισμός των εργαστηριακών εξετάσεων και των ακτινολογικών μελετών, εξαρτάται από τα συμπτώματα και τα ευρήματα της νευρολογικής εξέτασης. Η αξονική τομογραφία (CT) ή η μαγνητική τομογραφία (MRI) ενδείκνυται, εάν η κεφαλαλγία συνδυάζεται με ασυνήθιστα συμπτώματα ή σημεία ή αν τίθεται η υποψία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. (Scott C. Litin, 2009)

Ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο που απευθύνεται τόσο στο παιδί, όσο και στους γονείς, είναι συνήθως αρκετό να δώσει με μεγάλη προσέγγιση την ορθή διάγνωση. Ερωτήσεις που αφορούν τον χαρακτήρα της κεφαλαλγίας (εντόπιση, διάρκεια, ένταση), τις συνοδές εκδηλώσεις (ναυτία, έμετοι, φωνοφοβία, φωτοφοβία), τους ανακουφιστικούς παράγοντες (αναλγητικά, ύπνος), τους εκλυτικούς παράγοντες (άγχος, διατροφή), την παρουσία άλλων παροξυσμικών επεισοδίων (σπασμοί) και το οικογενειακό ιστορικό κεφαλαλγίας, αποτελούν τα σημαντικότερα στοιχεία που πρέπει να αναζητήσουν από το ιστορικό και τα οποία βοηθούν στην κλινική εκτίμηση του παιδιού με κεφαλαλγία. (Nelson, 2002)

Η εντόπιση της κεφαλαλγίας σχετίζεται συχνά με την αιτιολογία της. Στην κεφαλαλγία τάσεως η κεφαλαλγία είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη, ενώ στην

ημικρανία εντοπίζεται συχνά μετωποκροταφικά και μερικές φορές είναι ετερόπλευρη, που στη συνέχεια γίνεται αμφοτερόπλευρη. Εντόπιση του άλγους στην ινιακή χώρα μπορεί να δηλώνει υποκείμενη νεοπλασματική εξεργασία του εγκεφάλου. Η εντόπιση του άλγους στο πρόσωπο μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή στα δόντια, στους παραρρίνιους κόλπους ή τους οφθαλμούς. Σε περιπτώσεις όγκου του εγκεφάλου, η εντόπιση της κεφαλαλγίας εξαρτάται από την ανατομική κεφαλαλγία, ανεξάρτητα από την υποκείμενη αιτιολογία. Μόνιμη και σταθερά ετερόπλευρη κεφαλαλγία δημιουργεί έντονη υποψία εστιακής χωροκατακτητικής εξεργασίας του εγκεφάλου. (Romero-Acosta K, et al, 2013)

Η κεφαλαλγία στην ημικρανία διαρκεί ώρες ή το πολύ 2 – 3 ημέρες και κεφαλαλγία που διαρκεί πέρα των δυο ημερών συνήθως δεν είναι ημικρανία. Κεφαλαλγία που διαρκεί δευτερόλεπτα δεν είναι αναγκαστικά παθολογικής φύσεως και συχνά παρατηρούνται σε άτομα με υποχονδριακού τύπου προσωπικότητα.

Η ένταση της κεφαλαλγίας είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενική και εκτιμάται κυρίως από την παρεμπόδιση του παιδιού στην παρακολούθηση του σχολείου ή και άλλων συναφών σχολικών και εξωσχολικών δραστηριοτήτων. Η ημικρανία χαρακτηρίζεται γενικά από έντονη κεφαλαλγία, ενώ η κεφαλαλγία τάσεως από ηπιότερη. Η ημικρανία χαρακτηρίζεται από βαθμιαία αύξηση της έντασης της κεφαλαλγίας, ενώ αιφνίδια έναρξη της κεφαλαλγίας και με τη μέγιστη ένταση κατά την είσοδο της, δεν είναι συνήθως ημικρανιακής φύσης και συνηθέστερα οφείλεται σε υποκείμενη οργανικής αιτιολογίας βλάβη του εγκεφάλου, όπως η ενδοκρανιακή αιμορραγία, ιδιαίτερα αν συνοδεύεται από άλλα νευρολογικά σημεία και συμπτώματα. Αύρα που αναπτύσσεται ταχύτατα και είναι πολύ βραχείας διάρκειας δυνατόν να μην οφείλεται σε ημικρανία, αλλά σε άλλης αιτιολογίας παροξυσμικό επεισόδιο. Επίσης, σε περίπτωση που η αύρα διαρκεί περισσότερο από μια ώρα, μπορεί να οφείλεται σε υποκείμενη ανατομικής φύσεως ενδοκρανιακή ανωμαλία.

(Powers SW, et al, 2003)

Σε περιπτώσεις υποτροπιάζουσας κεφαλαλγίας με θεραπευτική ανταπόκριση στα αναλγητικά φάρμακα ή μετά τον ύπνο, πιθανολογείται η παρουσία ημικρανίας ή κεφαλαλγίας τάσεως, ενώ κεφαλαλγία που διακόπτει τον ύπνο, δεν ανταποκρίνεται στα αναλγητικά και συνοδεύεται από άλλα νευρολογικά σημεία και συμπτώματα, πιθανώς οφείλεται σε υποκείμενη οργανική ανωμαλία του εγκεφάλου. Κεφαλαλγία που παρατηρείται σε άτομα με άγχος, υστέρα από έλλειψη ύπνου ή και πείνας, κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως ή σπανιότερα μετά τη λήψη διαφόρων τροφών,

όπως το τυρί, η σοκολάτα και ο καφές, μπορεί να οφείλεται σε ημικρανία. Σε περίπτωση συνύπαρξης σπασμών ή άλλων παροξυσμικών επεισοδίων, στο ίδιο ή σε ξεχωριστά επεισόδια κεφαλαλγίας, είναι δυνατόν να υπάρχει υποκείμενη ανωμαλία του εγκεφάλου. (Miller MA et al, 2003)

Η αξία της κλινικής και νευρολογικής εξέτασης είναι προφανής, καθώς οι ασθενείς με σοβαρές οργανικές κεφαλαλγίες εμφανίζουν ταυτόχρονα άλλα παθολογικά συμπτώματα και σημεία, τα οποία επιμένουν στα ελεύθερα κεφαλαλγίας μεσοδιαστήματα. Σε οργανικές κεφαλαλγίες συχνά τα παθολογικά σημεία και συμπτώματα εμφανίζονται εντός 6 μηνών από την έναρξη της κεφαλαλγίας. Νευρολογικά σημεία και συμπτώματα που εμφανίζονται σε οργανικής αιτίας κεφαλαλγίες, είναι κυρίως διαταραχές του επιπέδου της συνείδησης, αλλαγές της συμπεριφοράς, διαταραχές της βάδισης, σπασμοί, αυχενική δυσκαμψία, διπλωπία και άλλα εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα. Επί πλέον, έμετοι, αρτηριακή υπέρταση, βραδυκαρδία και οίδημα οπτικών θηλών, συχνά εμφανίζονται σε παιδιά με αυξημένη ενδροκράνια υπέρταση. (Olesen J , 2006).

Σε παιδιά με κεφαλαλγία, η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την επίκρουση των κόλπων του προσώπου για την ανίχνευση υποκείμενης φλεγμονής, την ακρόαση των οφθαλμικών βολβών και του κρανίου για τυχόν ύπαρξη φυσημάτων που μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία αγγειοδυσπλασιών του εγκεφάλου, την ψηλάφηση του κρανίου και τον έλεγχο των αυχενικών μυών και της κινητικότητας του αυχένα. Σε όλα τα παιδιά με κεφαλαλγία θα πρέπει να γίνεται μέτρηση της κρανιακής περιμέτρου, εκτίμηση της σωματικής αύξησης, έλεγχος του βυθού και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης, θα πρέπει να αναζητούνται τυχόν δερματικές δυσχρωμίες, γιατί μπορεί να σηματοδοτούν την παρουσία νευροδερματικών νοσημάτων του ΚΝΣ. Η παρουσία εξανθήματος τύπου αγγειίτιδας με ή χωρίς αρθρίτιδα ή πυρετό, μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη νοσήματος του συνδετικού ιστού. Η παρουσία μολώπων είναι ενδεικτική προηγμένου τραυματισμού, κακοποίησης ή υποκείμενου αιμορραγικού νοσήματος. (WebMD, 2005)

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου είναι χρήσιμη για την άμεση εκτίμηση του παιδιού με κεφαλαλγία, όπως είναι ο αποκλεισμός ενδοκρανιακών αιμορραγιών και νεοπλασμάτων και για την ανίχνευση οστικών ανωμαλιών του κρανίου. Αυτή η διαδικασία απεικόνισης χρησιμοποιεί μία σειρά από κατευθυνόμενες ακτίνες X που παρέχουν μία όψη εγκάρσιας τομής του εγκεφάλου του παιδιού. Η μαγνητική

τομογραφία υπερέχει της αξονικής τομογραφίας στην ανεύρεση ανωμαλιών του εγκεφάλου και δεν έχει τον κίνδυνο της έκθεσης σε ακτινοβολία, όπως συμβαίνει με την αξονική τομογραφία, αλλά έχει μεγαλύτερο κόστος και χρειάζεται συχνά νάρκωση μεγάλης διάρκειας. Χρησιμοποιεί έναν ισχυρό μαγνήτη για να παράγει λεπτομερείς εικόνες του εγκεφάλου. Η απλή ακτινογραφία κρανίου δεν βοηθά συνήθως στη διαφορική διάγνωση της κεφαλαλγίας και ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις που η κεφαλαλγία οφείλεται σε κάκωση και στην ανίχνευση φλεγμονής των κόλπων του προσώπου. (Κωνσταντόπουλος Α, 2007)

Η διαγνωστική συμβολή του ΗΕΓ στις κεφαλαλγίες είναι πολύ περιορισμένη και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις διαφορικής διάγνωσης από την επιληψία. Βυθοσκόπηση πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις, γιατί είναι εύκολη και ανώδυνη εξέταση και μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση ενδοκράνιας υπέρτασης. Σε ασθενείς με κεφαλαλγία, οίδημα οπτικών θηλών και σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης και στους οποίους η μαγνητική τομογραφία είναι φυσιολογική, πρέπει να γίνεται οσφυονωτιαία παρακέντηση και να μετριέται η πίεση του ΕΝΥ, για τη διάγνωση της καλοήθους ενδοκράνιας υπέρτασης, η οποία χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. (Κωνσταντόπουλος Α, 2007)

2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η ημικρανία όπως και η κάθε κεφαλαλγία, μπορεί να προληφθεί ή να βελτιωθεί αποφεύγοντας ορισμένα εκλυτικά ερεθίσματα. Ορισμένα παιδιά μπορούν να αντιληφθούν ότι θα τους συμβεί πονοκέφαλος. Αντιλαμβάνονται ορισμένους εκλυτικούς παράγοντες.

Το παιδί μπορεί να έχει άγχος με τις καταστάσεις που βιώνει στο σπίτι ή στο σχολείο, ιδίως αν δέχεται μεγάλη πίεση ή παράλογες απαιτήσεις από αυτά. Τα παιδιά που εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια κεφαλαλγίας κατά την σχολική περίοδο, μπορεί να έχουν κάποια μαθησιακή δυσκολία ή να έχουν μεγάλο ανταγωνισμό στην τάξη τους. Η επανεκτίμηση των σχολικών ικανοτήτων του παιδιού και του σχολείου στο οποίο πηγαίνει, ίσως είναι σημαντικό βήμα στην αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας.

Κάποιες μελέτες ενοχοποιούν ορισμένες τροφές ως αίτια κεφαλαλγίας και ιδιαίτερα ημικρανίας, όπως τη σοκολάτα, τους ξηρούς καρπούς, τα αλλαντικά ή τα πολύ λιπαρά κρέατα και τυριά και τα αναψυκτικά τύπου cola, τα πικάντικα φαγητά, κ.λ.π. Η αποφυγή των τροφών αυτών ενδείκνυται όταν το ιστορικό το υποδηλώνει. Επίσης η αποφυγή των έντονων φωτεινών ερεθισμάτων, της μεγάλης έκθεσης στον ήλιο, της έντονης σωματικής άσκησης, των ήπιων τραυματισμών του κεφαλιού, των δυνατών θορύβων, της πείνας, της κόπωσης και την υπερκατανάλωση φαρμάκων, έχει σημασία, όταν το ιστορικό είναι ενδεικτικό άμεσης συσχέτισης τους με την εμφάνιση κεφαλαλγίας.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η σοβαρότητα των ημικρανιών μειώνεται σημαντικά, τουλάχιστον στο 50% των ασθενών που καθησυχάζονται και υποστηρίζονται από τον Ιατρό, αφού ληφθεί ένα προσεκτικό ιστορικό και διεξαχθεί ολοκληρωμένη νευρολογική εξέταση.

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία της ημικρανίας και γενικότερα της κεφαλαλγίας διακρίνεται στη φαρμακευτική και στη μη φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική θεραπεία είναι **συμπτωματική** και στοχεύει στην ανακούφιση της εγκατασταθείσης κεφαλαλγίας με τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων, **ανασταλτική**, που στοχεύει στην αναστολή της κεφαλαλγίας στα αρχικά στάδια της κεφαλαλγίας και συχνά στην περίοδο της αύρας της κλασικής ημικρανίας και τέλος **προφυλακτική**, που στοχεύει στην αποφυγή άλλων επεισοδίων, η οποία, όμως, εφαρμόζεται κυρίως σε ασθενείς με συχνές και βασανιστικές κρίσεις ημικρανίας και οι οποίες δεν αναστέλλονται με την ανασταλτική θεραπεία.(Forsythe WI,et al, 1984).

Για τη συμπτωματική αντιμετώπιση εγκατεστημένης κεφαλαλγίας σε παιδιά με ημικρανία και κεφαλαλγία τάσεως, χρησιμοποιείται κυρίως ιβουπροφαίνη, ακεταμινοφαίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα οποία, όμως, χορηγούνται όταν η κεφαλαλγία δεν ανταποκρίνεται στα προηγούμενα φάρμακα. Επίσης θα πρέπει να αντιμετωπίζονται και τα συμπτώματα που πολλές φορές την συνοδεύουν (αντιεμετικά, κ.λ.π.). Η ακεταμινοφαίνη χορηγείται σε μικρά παιδιά και εφήβους (10-15 mg/kg/δόση ανά 6 ώρες), η ιβουπροφαίνη χορηγείται επίσης σε μικρά παιδιά >6 χρονών (5-10mg/kg/δόση ανά 6 ώρες), σε μορφή σιροπιού ή ταμπλέτας. Αν παρουσιάζουν εμετό σε μορφή υπόθετου ή ενδοφλέβια. Σε παιδιά μεγαλύτερα των 12 χρονών χορηγείται σουματριπτάνη. Αποτελεσματικά είναι και τα σκευάσματα εργοταμίνης (1 mg) σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους. Χορηγείται από

το στόμα, ενδοφλέβια και από το ορθό (υπόθετο). Η εργοταμίνη είναι αποτελεσματική στα αρχικά στάδια της κεφαλαλγίας. (Nelson, 2002)

Τα περισσότερα παιδιά είτε δεν αντιλαμβάνονται την αύρα, είτε δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τον τρόπο έναρξης της κεφαλαλγίας στους γονείς τους. Η χορήγηση προφυλακτικής φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να τίθεται υπόψη αν το παιδί εμφανίζει πάνω από 2-4 σοβαρά επεισόδια το μήνα ή αν δεν είναι ικανό να παρακολουθήσει καθημερινά τα μαθήματά του στο σχολείο. (Bruni O, et al, 2008)

Η απόφαση να χρησιμοποιηθεί συστηματική φαρμακευτική αγωγή εξαρτάται από τη βαρύτητα και τη συχνότητα των πονοκεφάλων και τις επιπτώσεις στις καθημερινές του δραστηριότητες του παιδιού.

Όσον αφορά στη μη φαρμακευτική αγωγή, υπάρχουν κάποιες πρακτικές που μπορούν να εφαρμοστούν και να έχουν θετικά αποτελέσματα. Αυτές είναι:

- ❖ **Ξεκούραση και χαλάρωση.** Ενθαρρύνουμε το παιδί να ξεκουράζεται σε ένα ήρεμο δωμάτιο απαλλαγμένο από έντονο φως και θόρυβο. Ο ύπνος είναι αποτελεσματικός στην κεφαλαλγία.
- ❖ Χρησιμοποιούμε ένα **υγρό και δροσερό επίθεμα** στο μέτωπο του παιδιού.
- ❖ Προσφέρουμε ένα **υγιεινό σνακ** φρούτου ή τυρί με χαμηλά λιπαρά, αν το παιδί έχει αρκετή ώρα να φάει.
- ❖ Μπορεί να κρατηθεί **ημερολόγιο καταγραφής κεφαλαλγιών**. Θα μπορέσουμε να προσδιορίσουμε με αυτόν τον τρόπο τι προκαλεί ή πυροδοτεί τον πονοκέφαλο. Σημείωση κατά την εκκίνηση πόσο καιρό διαρκεί και τι παρέχει ανακούφιση. Με την πάροδο του χρόνου, όλες αυτές οι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην κατανόηση του αιτίου και της αντιμετώπισης.
- ❖ Η **ρεφλεξολογία** επίσης μπορεί να βοηθήσει στο πρόβλημα της κεφαλαλγίας. Ενεργοποιεί τους μηχανισμούς αυτοϊασης, εξισορροπεί τα διάφορα συστήματα και ενδυναμώνει συνολικά τον οργανισμό. Απευθύνεται σε όλες τις οικογένειες που επιθυμούν να προσεγγίσουν με φυσικό τρόπο την υγεία. Η ρεφλεξολογία είναι μία τεχνική πολύ κατάλληλη για τα παιδιά από την στιγμή της γέννησής τους. Αντιδρούν πολύ γρήγορα και αποτελεσματικά στη θεραπεία. Ο μεταβολισμός τους είναι πολύ ενεργός, γεγονός που προκαλεί άμεση απάντηση. Δεν είναι βίαιη τεχνική και δεν έχει παρενέργειες. Ο μόνος

περιορισμός που ισχύει στην εφαρμογή της έχει να κάνει με τη χρονική διάρκεια και το επίπεδο πίεσης. Μέχρι 3'λεπτά σε κάθε πέλμα για τα βρέφη και μέχρι 10'λεπτά για τα παιδιά. Η ρεφλεξολογία ενεργοποιεί τον άνθρωπο και σωματικά και ψυχικά. Μέσω του αγγίγματος τα παιδιά συνειδητοποιούν το σώμα τους και νοιώθουν τις αντιδράσεις του, αισθάνονται τον εαυτό τους. (Κέντρο Ρεφλεξολογίας και Έρευνας,2013)

- ❖ **Μείωση του στρες.** Στρες και φορτωμένο πρόγραμμα μπορεί να πυροδοτήσει τον πονοκέφαλο. Επίσης οι τεταμένες σχέσεις με τους συνομηλίκους του ή όταν υπάρχει ένταση στο σπίτι. Αν δεν μπορεί να λυθεί με την επικοινωνία γονιών και παιδιού απευθυνόμαστε σε έναν ειδικό σύμβουλο.

Η θεραπεία της συμπεριφοράς αποτελεί μια σημαντική μέθοδο αντιμετώπισης της ημικρανίας σε μερικά παιδιά και εφήβους. Σε κάποια κέντρα η αυτοϋπνωση και η βιοανάδραση έχουν αντικαταστήσει τις φαρμακευτικές μεθόδους, λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών των φαρμάκων και της ανησυχίας ότι μερικά από αυτά μπορεί να προκαλέσουν χημική εξάρτηση. Η **μέθοδος βιοανάδρασης** (βιοανατροφοδότησης) μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα περισσότερα παιδιά άνω των 8 ετών και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε πολλές κλινικές μελέτες. Ο εξοπλισμός περιλαμβάνει αισθητήρες που συνδέονται με το σώμα για την παρακολούθηση ακούσιας σωματικής δραστηριότητας του παιδιού, όπως αναπνοή, σφυγμός, καρδιακός ρυθμός, θερμοκρασία, μυϊκή ένταση και τη δραστηριότητα του εγκεφάλου. (Terwindt GM, et al, 2000)

Αρκετές μελέτες παιδιών με ημικρανία αποδεικνύουν σημαντική μείωση της συχνότητας, χωρίς καμιά αλλαγή στην ένταση των κεφαλαλγιών, σε όσα από τα παιδιά εφαρμόστηκε η μέθοδος αυτοϋπνωσης, σε σύγκριση με αυτά που έλαβαν placebo ή προπρανολόλη.

Οι γονείς είναι ανάγκη να εκπαιδεύσουν τα παιδιά τους σε μια προσέγγιση της ζωής, όπου η τηλεόραση θα καταλαμβάνει λιγότερο χρόνο και που η νέα προσέγγιση θα περιλαμβάνει το «ακούω τον εαυτό μου». (Noveli Luana, et al, 2010)

2.6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να καταγράψει και να αναφέρει πόσα περιστατικά με κεφαλαλγία είχαν νοσηλευθεί στην Παιδιατρική κλινική του επαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου της Ελλάδος, μέσα σε ένα χρονικό διάστημα έξι μηνών και που οφείλονται αυτά. Μετρήθηκε η συχνότητα της κεφαλαλγίας στα παιδιά και τους εφήβους σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και διερευνήθηκε αν και κατά πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητά τους.

Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (Headache Questionnaire- McKenzie Pediatrics 2010) προσαρμοσμένο στις ανάγκες της εργασίας, καθώς και ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής (EQ- 5D- Y). Αποτελείται από εικοσιενιά γενικές ερωτήσεις και πέντε ερωτήσεις μέτρησης ποιότητας ζωής. Στο πρώτο μέρος, στις δέκα πρώτες ερωτήσεις αναφέρεται αν είναι το πρώτο επεισόδιο, η συχνότητα, το σημείο που εντοπίζεται ο πόνος, αν χειροτερεύουν ή όχι οι κεφαλαλγίες με την πάροδο του χρόνου, πως περιγράφεται ο πόνος, αν τον συνοδεύουν άλλα συμπτώματα, με τι βελτιώνεται και με τι χειροτερεύει. Οι επόμενες δέκα ερωτήσεις αναφέρουν το ιστορικό του παιδιού, αν έχει κάποια υποκείμενα νοσήματα, αν εμφανίζει αλλεργίες, αν έχει τραυματιστεί τώρα ή στο παρελθόν στο κεφάλι, πως κοιμάται. Και οι τελευταίες ερωτήσεις περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό, τις καθημερινές του συνήθειες και δραστηριότητες (σχολείο, καθημερινές δραστηριότητες, συνήθειες), τον τρόπο ζωής του και χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Επίσης αναφέρονται η ηλικία, το φύλο, οι ημέρες νοσηλείας του και η διάγνωση.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονταν κάποια στοιχεία που δείχνουν την κατάσταση της υγείας του παιδιού και του έφηβου, κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στο Νοσοκομείο. Δείχνει αν και κατά πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητά του, αν δυσκολεύεται να φροντίσει τον εαυτό του, να φάει, να συμμετέχει στις καθημερινές του δραστηριότητες (σχολείο, χόμπι), αν παρατηρείται αλλαγή στην συμπεριφορά του, όταν υποφέρει από κεφαλαλγία. Στοιχεία ποιότητας της ζωής του.

Το ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε στην Παιδιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης . Απαντήθηκε με την μορφή συνέντευξης των γονιών. Απάντησαν οι μητέρες στα περισσότερα. Σε κάποιες περιπτώσεις όπου τα παιδιά μπορούσαν να συμμετέχουν και ήθελαν, απάντησαν τα ίδια παρουσία των μητέρων τους, οι οποίες κάπου- κάπου συμπλήρωναν αν χρειαζόταν. Ενημερώθηκαν ότι αφορά σε εκπόνηση εργασίας μεταπτυχιακού προγράμματος με θέμα τον πόνο και

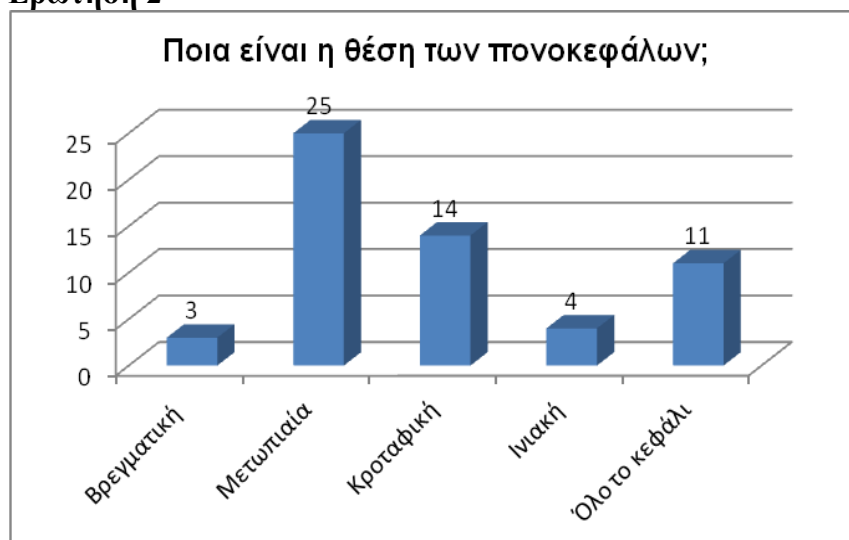
την αντιμετώπισή του. Τους διαβεβαίωσα ότι δεν πρόκειται να αναφερθούν προσωπικά στοιχεία των παιδιών ούτε κάποια στοιχεία που να τα φωτογραφίζουν. Πρώτα το διάβασαν οι ίδιες και στη συνέχεια το συμπλήρωνα εγώ κάνοντάς τους μία προς μία τις ερωτήσεις. Πέντε μητέρες δεν θέλησαν να συμμετέχουν. Τρεις από αυτές δεν γνώριζαν καλά Ελληνικά (αλλοδαπές) και δύο από αυτές δεν συμμετείχαν γιατί , παρόλη τη διαβεβαίωση που είχαν , φοβήθηκαν ότι θα δημοσιευθούν στοιχεία του παιδιού τους.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε τελικά από 52 ασθενείς. Απαντήσεις ερωτηματολογίου:

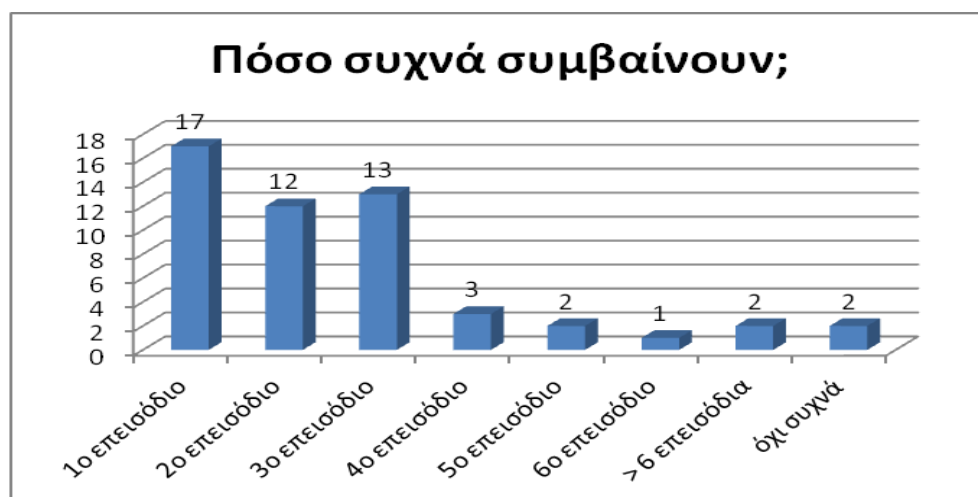
Ερώτηση 1



Ερώτηση 2



Ερώτηση 3



Ερώτηση 4



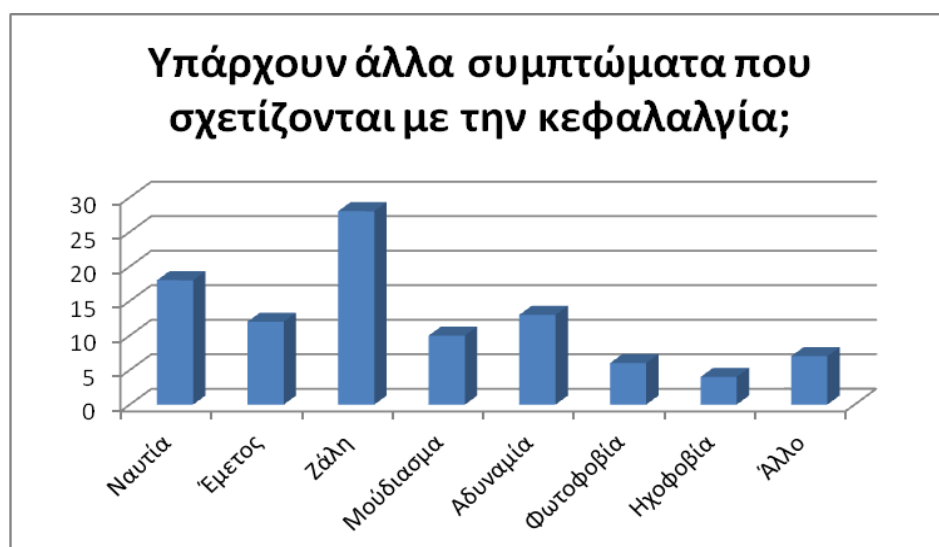
Ερώτηση 5



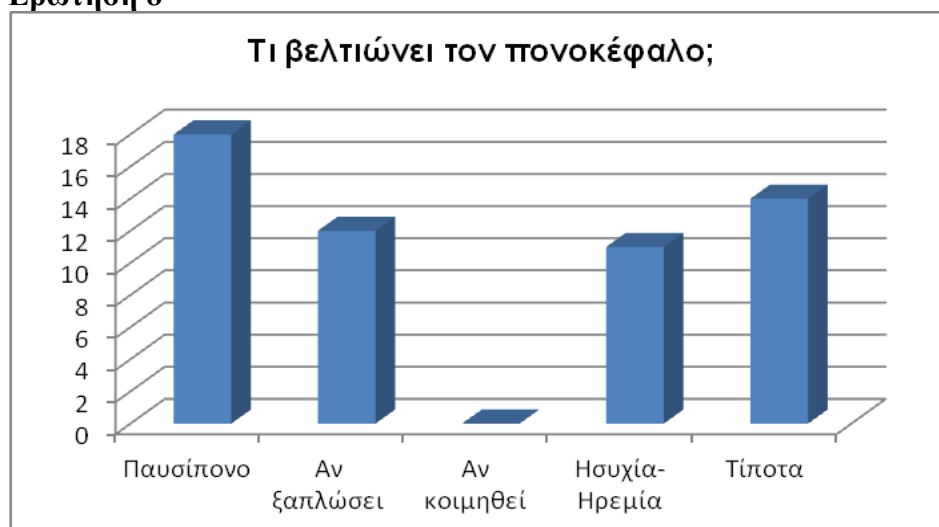
Ερώτηση 6



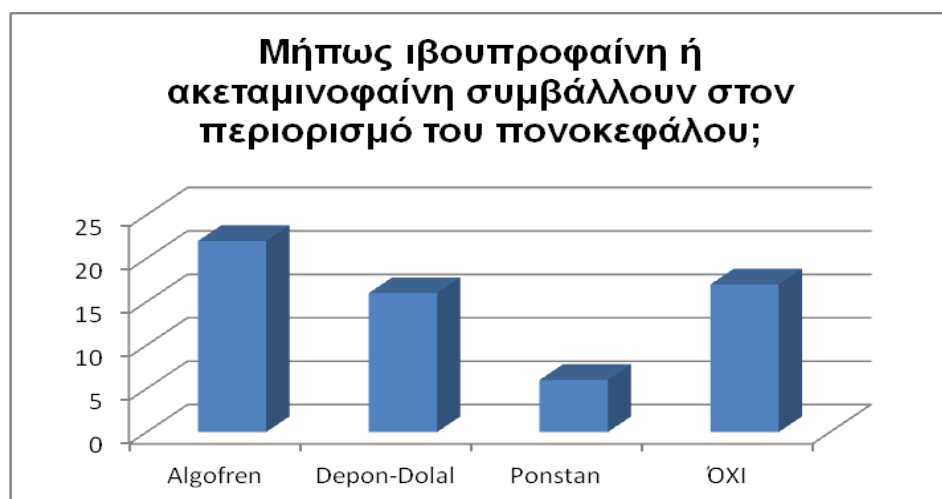
Ερώτηση 7



Ερώτηση 8



Ερώτηση 11



Ερώτηση 9



Ερώτηση 10



Ερώτηση 12



Ερώτηση 13



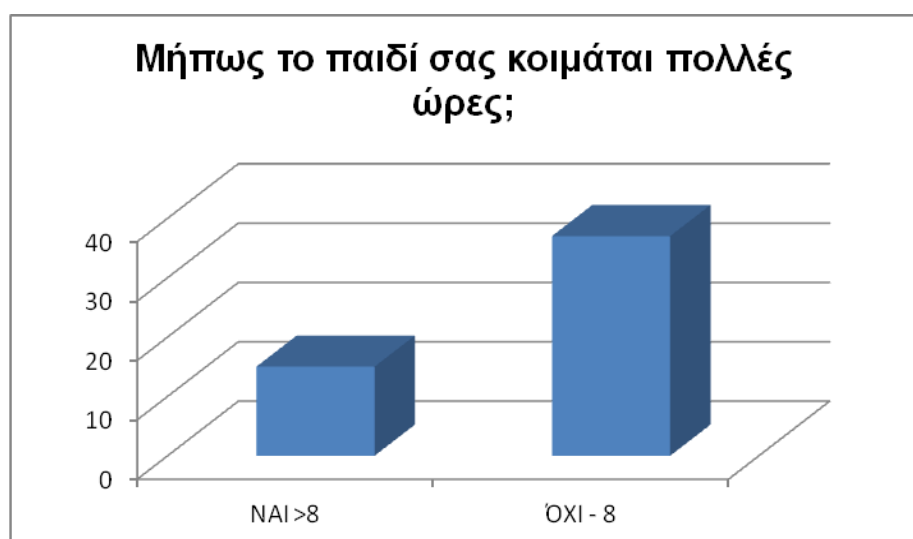
Ερώτηση 14



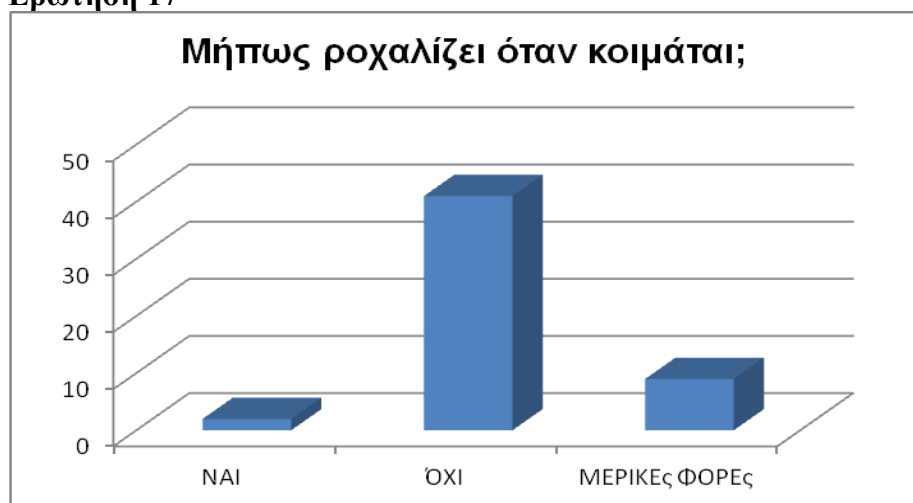
Ερώτηση 15



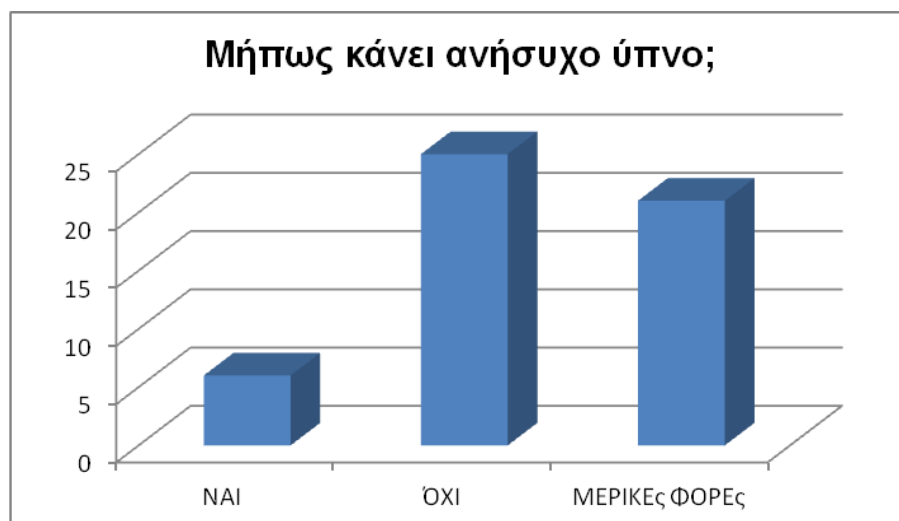
Ερώτηση 16



Ερώτηση 17



Ερώτηση 18



Ερώτηση 19



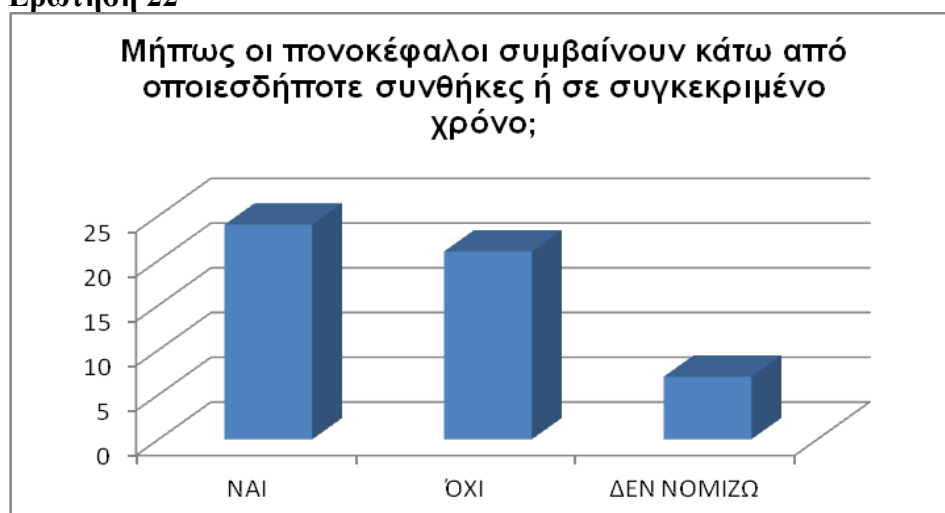
Ερώτηση 20



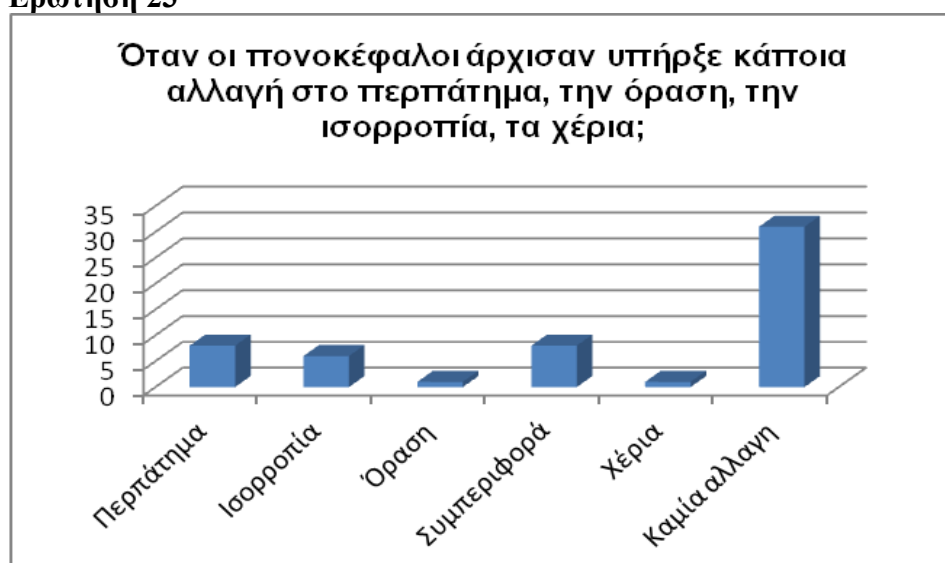
Ερώτηση 21



Ερώτηση 22

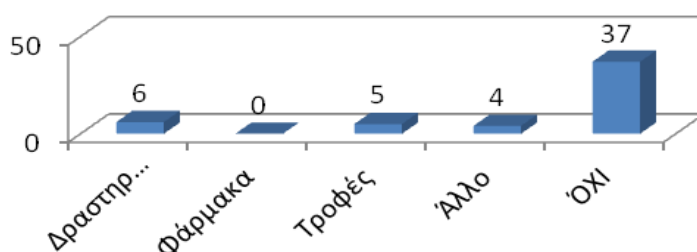


Ερώτηση 23



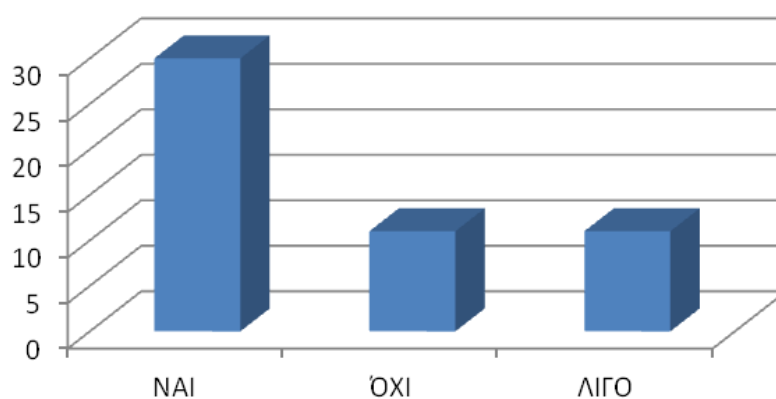
Ερώτηση 24

Μήπως τυχόν δραστηριότητες, φάρμακα ή τρόφιμα έχουν την τάση να επιδεινώνουν τους πονοκεφάλους;



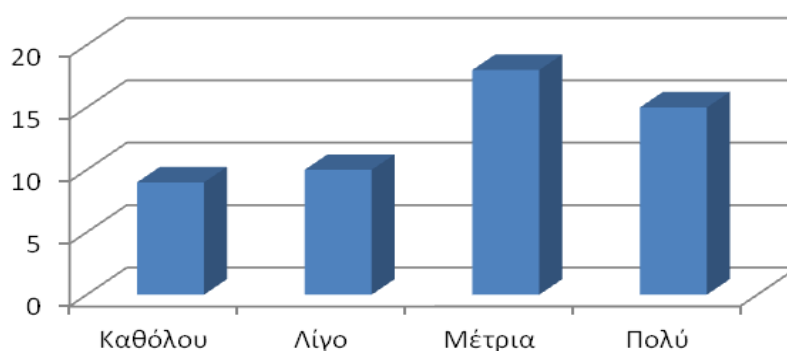
Ερώτηση 25

Όταν έχει πονοκέφαλο επηρεάζονται οι δραστηριότητές του;



Ερώτηση 26

Πως επηρεάζονται(διαβάζει ή παίζει κανονικά);



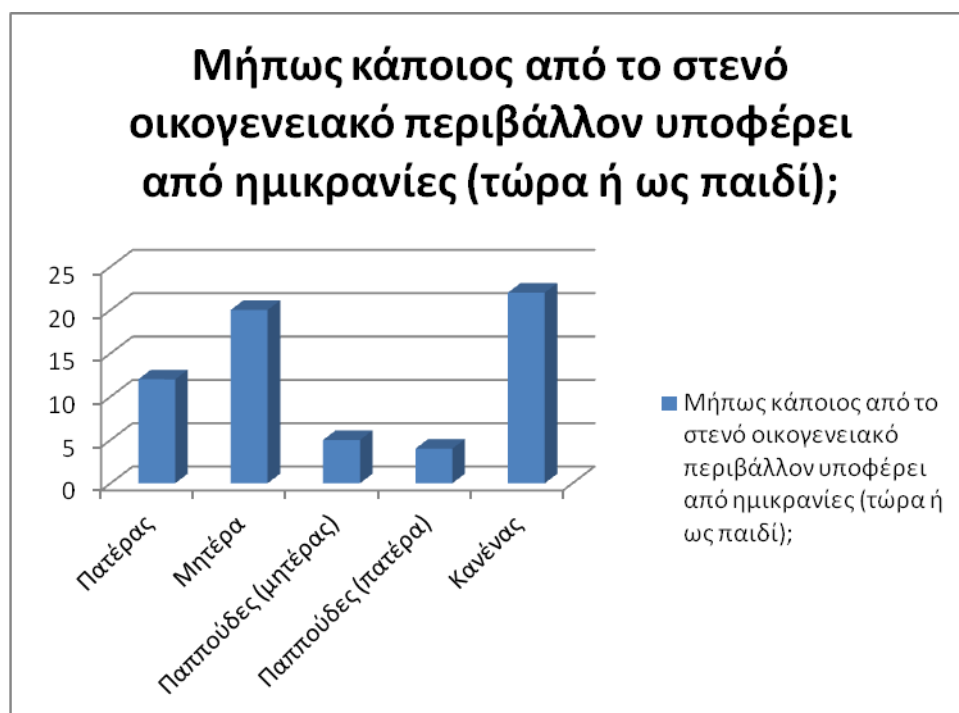
Ερώτηση 27



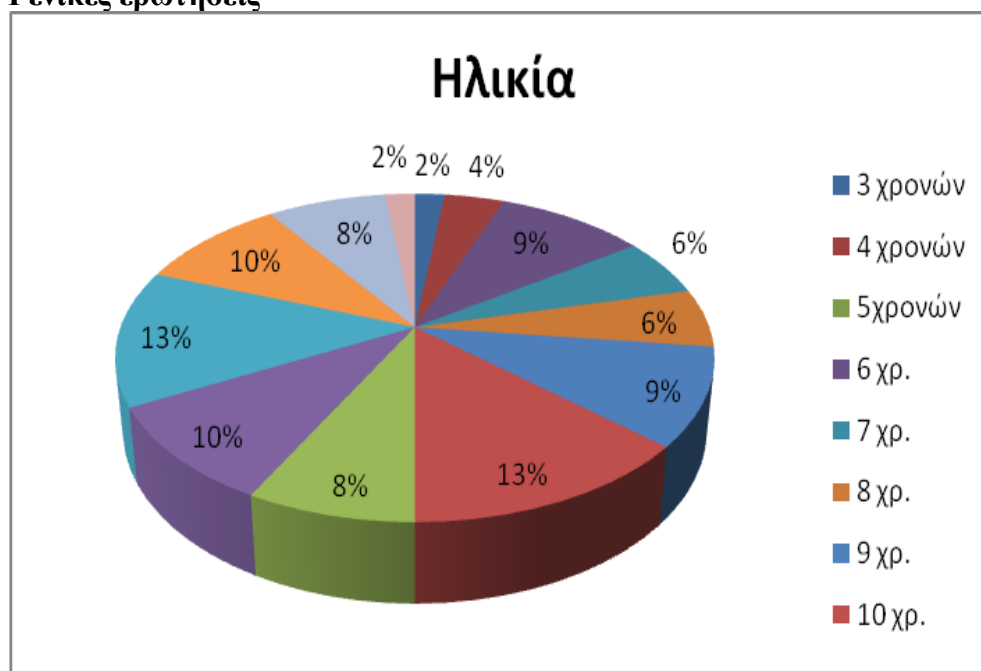
Ερώτηση 28

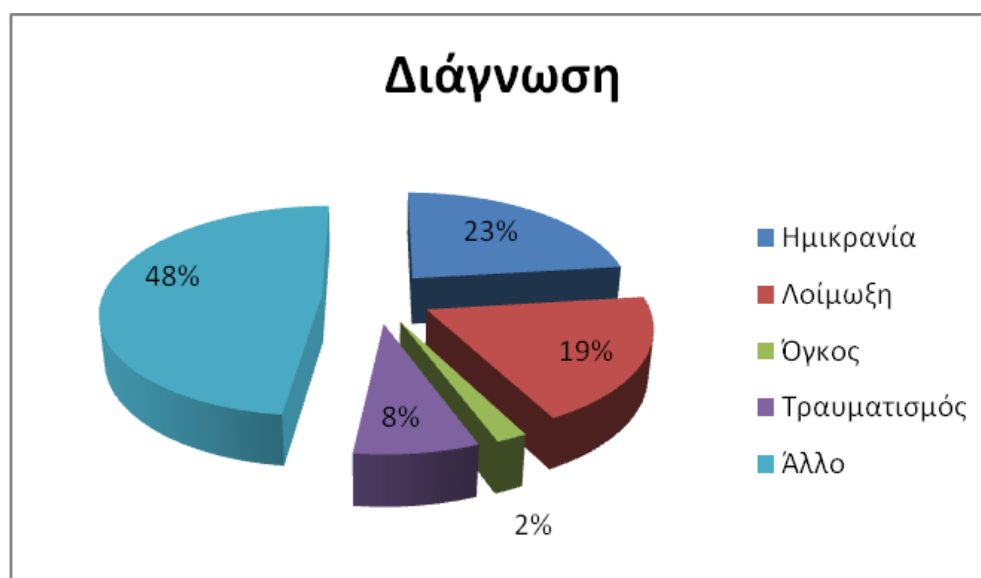
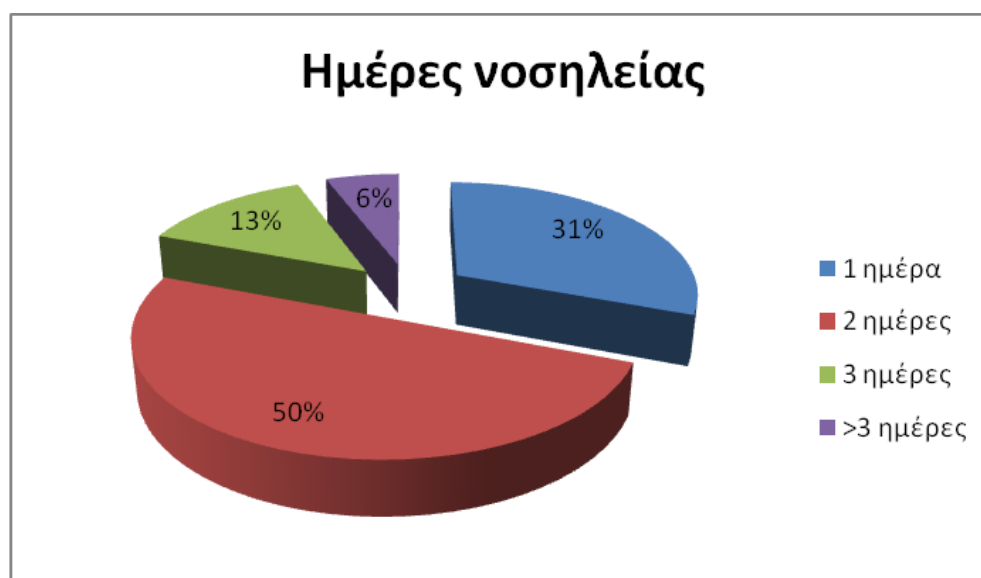
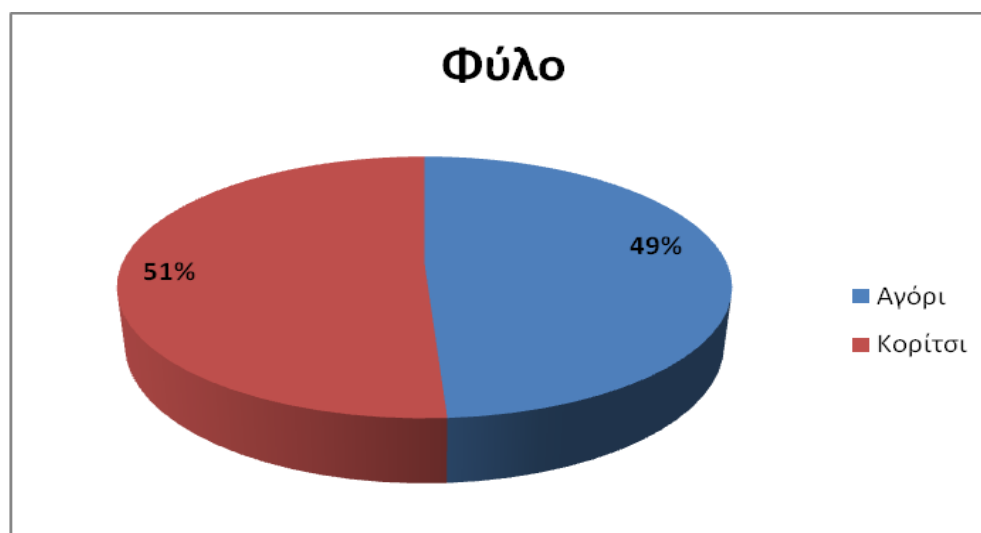


Ερώτηση 29



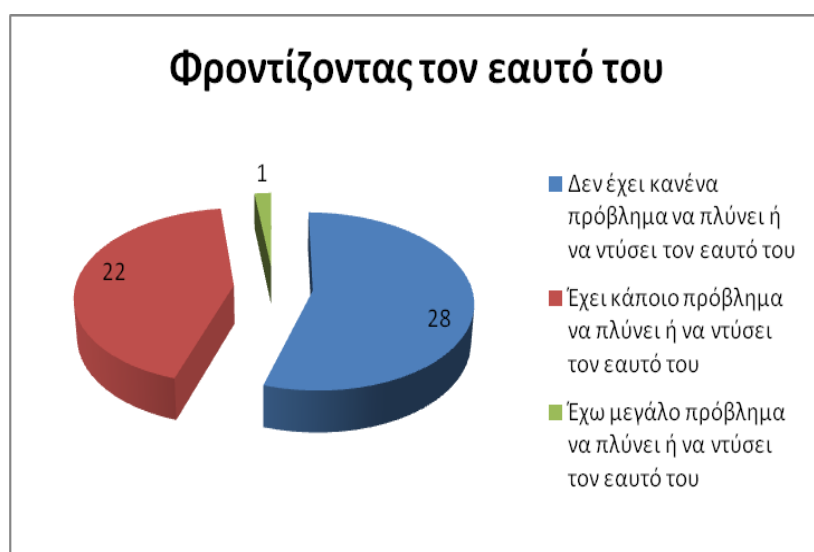
Γενικές ερωτήσεις



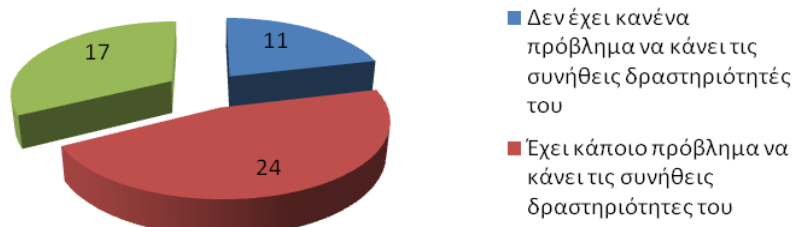




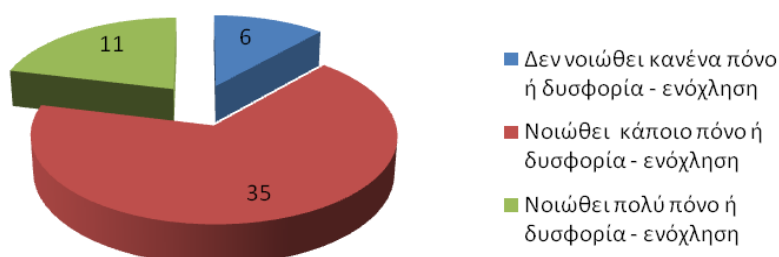
Ποιότητα Ζωής EQ- 5D- Y(Health Questionnaire , English version for the UK)



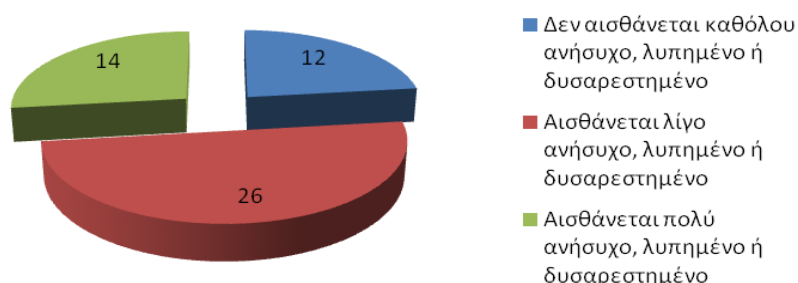
**Κάνοντας τις συνήθειες δραστηριότητες
(για παράδειγμα, να πηγαίνει στο
σχολείο, τα χόμπι, αθλήματα, το παιχνίδι,
να κάνει πράγματα με την οικογένεια ή
τους φίλους του)**



Νοιώθει πόνο ή δυσφορία- ενόχληση



**Αισθάνεται ανήσυχο, λυπημένο ή
δυσανεστημένο το παιδί σας;**



2.7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην πρώτη ερώτηση, όπως φαίνεται στον πίνακα, πέντε ασθενείς από τους 52 , απάντησαν ότι οι πονοκέφαλοι ξεκίνησαν 4 χρόνια πριν. Ένας ασθενής ότι ξεκίνησαν 3 χρόνια πριν,σε 6 ασθενείς πρωτοεμφανίστηκαν 2 χρόνια πριν, σε 8 ασθενείς 1 χρόνο πριν, σε 8 επίσης εμφανίστηκαν πριν 3 με 6 μήνες , σε 5 ασθενείς 1 με 3 μήνες και τέλος στους 19 εμφανίστηκε η κεφαλαλγία πρώτη φορά στο διάστημα των τελευταίων τριών ημερών.

Στην δεύτερη ερώτηση <<σε ποιο σημείο εντοπίζεται ο πόνος>>, κάποια παιδιά έδωσαν περισσότερες από μία απαντήσεις, γιατί τον εντόπιζαν σε δύο σημεία. Συγκεκριμένα πέντε παιδιά τον ανέφεραν ότι η θέση των πονοκεφάλων ήταν στην μετωπιαία και την κροταφική περιοχή. Στην βρεγματική περιοχή εντοπιζόταν σε 3 περιστατικά, στην μετωπιαία περιοχή σε 20 ασθενείς στην κροταφική περιοχή εντόπιζαν τον πόνο 14 ασθενείς , 5 στην αριστερή πλευρά και 9 στην δεξιά πλευρά. Στην ινιακή περιοχή εντόπιζαν τον πόνο 4 ασθενείς και πονούσε όλο το κεφάλι σε 11 ασθενείς.

Στην τρίτη ερώτηση, όπου αναφέρεται στην συχνότητα της κεφαλαλγίας, 17 ασθενείς απάντησαν ότι είναι το πρώτο επεισόδιο, σε 12 ασθενείς είναι το δεύτερο επεισόδιο, σε δεκατρείς ασθενείς είναι η τρίτη φορά που τους συμβαίνει, τρεις ασθενείς απάντησαν ότι είναι το τέταρτο επεισόδιο κεφαλαλγίας που έχουν δύο ασθενείς το πέμπτο , ένας ασθενής το έκτο, δύο ασθενείς ανέφεραν ότι έχουν εμφανίσει περισσότερες από έξι φορές πονοκέφαλο, ενώ δύο απάντησαν ότι δεν τους συμβαίνει συχνά. Πως εννοούν το συχνά δεν έδωσαν περισσότερες πληροφορίες.

Στην ερώτηση αυτή, όπως φαίνεται στο διάγραμμα, 29 ασθενείς (ποσοστό 56%) απάντησαν ότι οι πονοκέφαλοι χειροτερεύουν με την πάροδο του χρόνου, 16 ασθενείς (ποσοστό 31%) απάντησαν ότι δεν χειροτερεύουν όσο περνάει ο καιρός και 7 ασθενείς (ποσοστό 13%) δεν μπορούσαν να διευκρινήσουν αν όσο περνάει ο καιρός χειροτερεύουν ή όχι.

Όσον αφορά στο είδος του πόνου που περιγράφουν οι ασθενείς, κάποιοι (4) δεν μπορούν να τον περιγράψουν ακριβώς. Συγκεκριμένα 11 άτομα αισθάνονται τον πόνο στην αρχή διαξιφιστικό και στη συνέχεια 8 από αυτούς αισθάνονται σαν κάποιος να τους πιέζει το κεφάλι (συμπίεση) και οι υπόλοιποι 3 σαν να τους χτυπάει

κάποιος με σφυρί, από όσα ανέφεραν. Γενικά απάντησαν: 24 ασθενείς αισθάνονται τον πονοκέφαλο σαν συμπίεση, 19 ασθενείς σαν κάτι να τους χτυπάει στο κεφάλι, 11 ασθενείς τον αισθάνονται σαν μαχαιριά, στους 2 ασθενείς η κεφαλαλγία νοιώθουν ότι έχει σφυγμό, οι 5 αισθάνονται ένα μούδιασμα στο κεφάλι τους και τέλος οι 4 δεν μπόρεσαν να προσδιορίσουν ακριβώς τον πόνο που ένοιωθαν . Ήταν οι μητέρες των μικρότερων παιδιών, τα οποία δεν ήταν σε θέση να περιγράψουν ακριβώς τον πόνο. Από τους 52 μικρούς ασθενείς, στην διάρκεια της κεφαλαλγίας, στους περισσότερους (19) ο πόνος κρατάει 1-2 ημέρες, στους 16 ασθενείς κρατάει από λίγη ώρα έως μία ημέρα, στους 13 ασθενείς η διάρκεια του πονοκεφάλου είναι 2-3 ημέρες. Περισσότερο από μία ημέρα κράτησε σε κάποιο παιδί που αντιμετώπιζε προβλήματα στο σπίτι του, ενώ 3 ασθενείς δεν θυμόταν πόσο περίπου τους πονάει το κεφάλι όταν τους πιάνει κρίση κεφαλαλγίας.

Η κεφαλαλγία σε όλους σχεδόν τους ασθενείς συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα. Μόνο 3 ασθενείς δεν παρουσιάζουν κάτι άλλο ταυτόχρονα. Συγκεκριμένα στους 49 από τους 52 ασθενείς η κεφαλαλγία συνυπάρχει και με άλλα συμπτώματα, όπως ναυτία 18 ασθενείς, έμετο 12 ασθενείς, ζάλη 28 ασθενείς, μούδιασμα 10 ασθενείς, αδυναμία 13 ασθενείς, φωτοφοβία 6 ασθενείς, ηχοφοβία 4 ασθενείς. Άλλα συμπτώματα εμφανίζθηκαν σε 7 ασθενείς, από τους οποίους οι 2 είχαν πυρετό, λόγω λοίμωξης, οι 4 ήταν επηρεασμένοι, λόγω κάποιας σοβαρότερης λοίμωξης επίσης και 1 είχε αυχενική δυσκαμψία, λόγω όγκου εγκεφάλου.

Η κεφαλαλγία στα παιδιά και τους εφήβους αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική αγωγή. Στην ερώτηση αυτή σε 18 ασθενείς περνάει μόνο αν πάρουν κάποιο παυσίπονο, σε 12 ασθενείς αν ξαπλώσουν και ηρεμήσουν, σε 11 ασθενείς αν υπάρχει ησυχία και περνάει ο πονοκέφαλος χωρίς να κάνουν τίποτα σε 14 ασθενείς.

Από τα παυσίπονα εκείνο που χρησιμοποιείται συχνότερα και είναι αποτελεσματικότερο είναι η ιβουπροφαίνη (Algofren), 22 ασθενείς βρίσκουν θεραπεία μ'αυτό, 16 ασθενείς με ακεταμινοφαίνη (Depon – Dolal) και 6 με μεφαιναμικό οξύ (Ponstan), ενώ δεν παίρνουν παυσίπονο 17 ασθενείς και προτιμούν να τους περάσει η κεφαλαλγία με φυσικές μέθοδοι. Κρύες κομπρέσες στο μέτωπο, μασάζ, ηρεμία.

Την κεφαλαλγία την επιδεινώνει- χειροτερεύει ο θόρυβος, 19 ασθενείς, το φως 6 ασθενείς. Σε 26 ασθενείς τίποτα δεν χειροτερεύει τον πονοκέφαλο και σε 8

ασθενείς τον επιδεινώνουν το άγχος για τις σχολικές επιδόσεις (3), το στρες στο σπίτι και στις δραστηριότητες (2), ο πυρετός (2) και η έντονη δραστηριότητα (1). Σε 7 ασθενείς χειροτερεύει με τον θόρυβο και το φως.

Κατά την φάση της έντονης κεφαλαλγίας 15 παιδιά- ασθενείς κάθονται και προσπαθούν να ηρεμήσουν, 14 ασθενείς ξαπλώνουν, 14 δεν κάνουν τίποτα, περιμένουν απλά να τους περάσει ο πόνος, 2 προσπαθούν να κοιμηθούν και 9 ασθενείς αισθάνονται δυσφορία.

Από τα 52 παιδιά και εφήβους που ρωτήθηκαν τα 34 δεν είχαν κάποιο επικείμενο ιατρικό πρόβλημα. Τα υπόλοιπα 18 εμφάνισαν παλαιότερα κάποια ιατρικά προβλήματα (5 είχαν εμφανίσει επεισόδια πυρετικών σπασμών, σε μικρή παιδική ηλικία, 2 εμφάνισαν λιποθυμικό επεισόδιο, 5 είχαν άσθμα και 6 αλλεργίες).

Μόνο 5 παιδιά είχαν τραυματιστεί στο κεφάλι πριν την εμφάνιση της κεφαλαλγίας. Τα υπόλοιπα 47 δεν είχαν χτυπήσει.

Από τα παιδιά –ασθενείς που ερωτήθηκαν, τα 5 σε μικρή παιδική είχαν εμφανίσει επεισόδιο πυρετικών σπασμών, ενώ τα 47 δεν είχαν εμφανίσει επεισόδιο σπασμών.

40 παιδιά από τα ερωτηθέντα δεν είχαν προειδοποιητικά σημάδια ότι έρχεται ο πονοκέφαλος, ενώ τα 9 είχαν κεφαλαλγία με αύρα και τα 3 μερικές φορές το καταλάβαιναν.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, 37 ασθενείς που ρωτήθηκαν δεν κοιμούνται πολλές ώρες, ενώ 15 κοιμούνται περισσότερες από 8 συνολικά. Βέβαια τα μικρά παιδιά χρειάζονται τον ύπνο και κοιμούνται περισσότερο από τα μεγαλύτερα (τα παιδιά της σχολικής ηλικίας), ενώ τα μεγαλύτερα με το σχολείο και τις εξωσχολικές δραστηριότητες που έχουν 7-8 ώρες ύπνου είναι αρκετές.

Όσον αφορά στην ποιότητα του ύπνου των ασθενών, 42 δεν ροχαλίζουν όταν κοιμούνται, 9 ροχαλίζουν μερικές φορές, είναι αυτά που πάσχουν από εποχιακές αλλεργίες και ρινίτιδα, και 1 ροχαλίζει. Επίσης 25 ασθενείς κάνουν ανήσυχο ύπνο 21 μερικές φορές κοιμούνται ανήσυχα, ενώ 6 κοιμούνται κανονικά, χωρίς τίποτα να ταράζει τον ύπνο τους.

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι 30 ασθενείς δεν έχουν κάποια ηλεκτρονική συσκευή που να τους απασχολεί συνεχώς, ενώ 12 από αυτούς μεγαλύτερα παιδιά, έχουν ηλεκτρονικό υπολογιστή, 8 έχουν video game και 4 έχουν δική τους τηλεόραση.

Από τα ερωτηθέντα παιδιά και εφήβους – ασθενείς, αν πάσχουν από εποχιακές αλλεργίες, τα 44 απάντησαν αρνητικά και τα 8 απάντησαν θετικά, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα.

Στην παραπάνω ερώτηση βλέπουμε, ότι αν στο σπίτι υπάρχουν καυγάδες μεταξύ των γονιών ή διαζύγιο ή αν υπάρχει πρόσφατος θάνατος αγαπημένου προσώπου (κάποιος από τους γονείς ή από τους παππούδες), ή αγαπημένο κατοικίδιο, επηρεάζονται τα παιδιά, όλων των ηλικιών και στρεσάρονται (9 ασθενείς). Αυτό το στρες πυροδοτεί την εμφάνιση κεφαλαλγίας, ιδίως όπου υπάρχει προδιάθεση. Το ίδιο συμβαίνει και στο σχολείο (7 ασθενείς). Ηπίεση των σχολικών επιδόσεων, καθώς και οι διάφορες καταστάσεις (bullying, απομόνωση από παρέες, κ.λ.π.), πυροδοτούν επίσης τις κεφαλαλγίες.

Όπως και στην προηγούμενη ερώτηση έτσι και σ' αυτήν, φαίνεται ότι κάποιες καταστάσεις (24 περιπτώσεις), πυροδοτούν την εμφάνιση κεφαλαλγίας. Εκτός από αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι η πολλή ώρα μπροστά στον Ηλεκτρονικό υπολογιστή ή στην τηλεόραση τα Σαββατοκύριακα ή όταν τα παιδιά δεν έχουν σχολείο. Στις 21 περιπτώσεις ο πονοκέφαλος δεν εμφανίζεται κάτω από ειδικές ή συγκεκριμένες συνθήκες, ενώ 7 άτομα δεν έχουν εντοπίσει κάτι τέτοιο.

Στα παιδιά εφήβους όπου ο πονοκέφαλος δεν συνοδεύεται από κάποιο άλλο σύμπτωμα, δεν υπήρξε καμία αλλαγή στην συμπεριφορά ή στα διάφορα συστήματα (όραση, ακοή, ισορροπία) του ασθενή (36 άτομα). Όπου συνδυαζόταν με ζάλη ή έμετο εμφανίστηκαν αλλαγές στο περπάτημα (8 άτομα), στην ισορροπία (6 άτομα), στην συμπεριφορά (3 άτομα κλεινόταν στον εαυτό τους), στην όραση (1 άτομο) και στα χέρια (1 άτομο εμφάνισε μούδιασμα).

Η κεφαλαλγία γενικά και η Ημικρανία ειδικότερα κάποιες φορές πυροδοτούνται από διάφορες ουσίες (μυρωδιές 3 άτομα), τρόφιμα (5 άτομα), έντονη δραστηριότητα (6 άτομα). Σε άλλα άτομα (36) ο πονοκέφαλος δεν πυροδοτείται και δεν επιδεινώνεται από τίποτα.

Η κεφαλαλγία καταβάλλει κάποια παιδιά και εφήβους, άλλους καθόλου (30 άτομα) και άλλους λίγο (11 άτομα). Κάποιους δεν τους επηρεάζει καθόλου και λειτουργούν κανονικά στις δραστηριότητές τους. Από αυτούς που επηρεάζονται, οι 15 επηρεάζονται πολύ, οι 18 μέτρια και οι 9 καθόλου. Εκτός από τις δραστηριότητές τους (διάβασμα- χόμπι- παιχνίδι), σε κάποιους ασθενείς επηρεάζεται και η όρεξή τους. Έτσι, 23 άτομα δεν τρώνε κανονικά όταν υποφέρουν από πονοκέφαλο, 16 έχουν μειωμένη όρεξη, ενώ 13 άτομα δεν τους κόβεται η όρεξη καθόλου.

Επίσης επηρεάζεται και ο ύπνος τους. Τα 17 παιδιά ή έφηβοι δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου όταν υποφέρουν από κεφαλαλγία, τα 24 προσπαθούν και κοιμούνται λίγο και τα 11 κοιμούνται κανονικά.

Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα στα περισσότερα από τα μισά ερωτηθέντα παιδιά και εφήβους, υπάρχει προδιάθεση και βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Από αυτά στα 20 υπάρχει προδιάθεση από την πλευρά της μητέρας και από τους παππούδες από την πλευρά της. Στα 12 υπάρχει προδιάθεση από την πλευρά του πατέρα και από τους γονείς του. Κάποια από τα παιδιά που παρουσίασαν κεφαλαλγία με ζάλη καίποιος από τους γονείς τους έπασχε ή πάσχει από ίλιγγο. Κορίτσια με πονοκεφάλους κατά την έμμηνο ρύση είχαν μητέρες που εμφάνιζαν προεμμηνορροϊκό σύνδρομο. Στα υπόλοιπα 22 άτομα δεν υπήρχε προδιάθεση.

Από τα παιδιά που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο, ελαφρώς υπερισχύουν τα κορίτσια από τα αγόρια. Τα 27 ήταν κορίτσια (ποσοστό 51%) και τα 25 ήταν αγόρια (ποσοστό 49%).

Οι ηλικίες τους ήταν: 1 ήταν 3 χρονών, το μικρότερο από τα ερωτηθέντα, 2 ήταν 4 χρονών, 5 ήταν 6 χρονών, 3 ήταν 7 χρονών, 3 επίσης ήταν 8 χρονών, 5 ήταν 9 χρονών, 7 ήταν 10 χρονών, 4 ήταν 11 χρονών, 5 ήταν 12 χρονών, 7 ήταν 13 χρονών, 5 ήταν 14 χρονών, 4 ήταν 15 χρονών και 1 ήταν 16 χρονών το μεγαλύτερο. Όπως φαίνεται, τα περισσότερα παιδιά ήταν μεταξύ 6 και 14 χρονών, ηλικία που αρχίζουν το σχολείο και τις δραστηριότητες, ηλικία που έχει το παιδί επαφές και με συνομηλίκους του, κάνει παρεούλες , βγαίνει από το σπίτι. Και επίσης αρχίζει και αντιλαμβάνεται καλύτερα τις καταστάσεις και τα γεγονότα που διαδραματίζονται γύρω του (καυγάδες, κ.λ.π.).

Η διάρκεια νοσηλείας των παιδιών τα οποία προσήλθαν στο Νοσοκομείο υποφέροντας από κεφαλαλγία κυμάνθηκε από μία έως 5 ημέρες. Συγκεκριμένα 16 παιδιά- έφηβοι νοσηλεύτηκαν 1 ημέρα. Κάποια από αυτά, 3, έπασχαν από σοβαρή λοίμωξη και διακομίστηκαν σε 3οβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Από τα υπόλοιπα 26 παρέμειναν για νοσηλεία 2 ημέρες, 7 παρέμειναν για νοσηλεία 3 ημέρες και 3 νοσηλεύτηκαν για περισσότερες από 3 ημέρες.

Η διάγνωση που τέθηκε στα 52 παιδιά –εφήβους που νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική κλινική του Νοσοκομείου ήταν: σε 25 ασθενείς η κεφαλαλγία συνοδευόταν και από άλλο σύμπτωμα (9 από αυτά έφυγαν με οδηγίες για περαιτέρω έλεγχο, σε 8 ασθενείς συστήθηκε επίσκεψη σε Ψυχολόγο γιατί φάνηκε ότι ο πονοκέφαλος προερχόταν από προβλήματα που αντιμετώπιζαν τα παιδιά στο σπίτι ή

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

στο σχολείο και τα υπόλοιπα 3 είχαν προεμμηνορυσιακό σύνδρομο και 5 ζαλιζόταν-Τλιγγος). Σε 12 ασθενείς τέθηκε διάγνωση Ημικρανία, 10 έπασχαν από λοίμωξη, η οποία ξεκίνησε με κεφαλαλγία και κάποιο άλλο σύμπτωμα, στο 1 διαγνώστηκε Όγκος εγκεφάλου και τα 4 είχαν κεφαλαλγία μετά από τραυματισμό στο κεφάλι.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος (N=52) αναφορικά με το φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αγόρι	27	51.9
Κορίτσι	25	48.1

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος (N=52) αναφορικά με την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
3	1	1.9
4	2	3.8
6	5	9.6
7	3	5.8
8	3	5.8
9	5	9.6
10	7	13.5
11	4	7.7
12	5	9.6
13	7	13.5
14	5	9.6
15	4	7.7
16	1	1.9

$M=10.42, SD=3.25$

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος (N=52) αναφορικά με τις ημέρες νοσηλείας

Ημέρες νοσηλείας	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
1	16	30.8
2	26	50.0
3	7	26.9
>3	3	5.8

Διακομιδή σε		
3 ^ο βάθμιο		
Πανεπιστημιακό	3	5.8
Νοσοκομείο		

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος (N=52) αναφορικά με τη διάγνωση

Διάγνωση	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Κεφαλαλγία	25	48.0
Ημικρανία	12	23.1
Λοίμωξη	10	19.2
Όγκος	1	1.9
Τραυματισμός	4	7.7

Συγκεντρωτικός Πίνακας: Κατανομή του δείγματος (N=52) αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία

Δημογραφικά στοιχεία	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Φύλο		
Αγόρι	27	51.9
Κορίτσι	25	48.1
Ηλικία		
3	1	1.9
4	2	3.8
6	5	9.6
7	3	5.8
8	3	5.8
9	5	9.6
10	7	13.5
11	4	7.7
12	5	9.6
13	7	13.5
14	5	9.6
15	4	7.7
16	1	1.9

Ημέρες νοσηλείας		
1	16	30.8
2	26	50.0
3	7	26.9
>3	3	5.8
Διακομιδή σε 3 ^ο βάθμιο		
Πανεπιστημιακό	3	5.8
Νοσοκομείο		
Διάγνωση		
Κεφαλαλγία	25	48.0
Ημικρανία	12	23.1
Λοίμωξη	10	19.2
Όγκος	1	1.9
Τραυματισμός	4	7.7

Ανάλυση ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων που υποφέρουν και νοσηλεύονται από κεφαλαλγία

Οι απαντήσεις αφορούσαν στα παιδιά και τους εφήβους την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, κατά την οποία βρίσκονται στο Νοσοκομείο. Πως είναι η υγεία τους την ημέρα ή τις ημέρες νοσηλείας. Σε κλίμακα μέτρησης πόνου από το 1 έως το 10, τα περισσότερα παιδιά δεν μπορούσαν να το απαντήσουν, πόσο μάλιστα οι μητέρες που έδιναν τις απαντήσεις. Έτσι το ερωτηματολόγιο περιορίστηκε στην κατάσταση της υγείας των μικρών ασθενών την συγκεκριμένη στιγμή. Από τα 52 παιδιά – έφηβοι, όσον αφορά την κινητικότητα και το περπάτημα, τα 37 δεν παρουσίαζαν αστάθεια ή δυσκολία βάδισης, τα 12 είχαν ένα μικρό πρόβλημα, ήταν εκείνα που εμφάνισαν ζάλη μαζί με την κεφαλαλγία, και 3 είχαν μεγάλο πρόβλημα με την κινητικότητα, τα παιδιά που το συνοδό τους σύμπτωμα ήταν πρόβλημα με την ισορροπία.

Σχετικά με την ευκολία ή δυσκολία των παιδιών να φροντίσουν τα ίδια τον εαυτό τους, κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, τα 28 δεν παρουσίασαν κανένα πρόβλημα. Μπορούσαν να ντυθούν, να φάνε και να πλυθούν χωρίς την βοήθεια των γονιών τους, άρα δεν τους επηρέαζε πολύ η κεφαλαλγία, τα 22 είχαν μία μικρή

δυσκολία στο να αυτοεξυπηρετηθούν και χρειαζόταν βοήθεια , ενώ 1 δεν μπορούσε να ντυθεί ή να πλυθεί ή να φάει μόνο του. Ήταν σε σοβαρή κατάσταση και διακομίστηκε την ίδια μέρα που προσήλθε για νοσηλεία.

Όπως είδαμε και στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε στις γενικές πληροφορίες των παιδιών – εφήβων, ο πόνος λειτουργεί διαφορετικά στους ανθρώπους. Ο καθένας τον αντιλαμβάνεται με τον δικό του τρόπο. Κάποιοι όταν πονάνε το δείχνουν και το καταλαβαίνουν όλοι γύρω τους, τους καταβάλλει. Κάποιοι άλλοι πάλι δεν ενοχλούνται καθόλου. Στα παιδιά η αντίληψη του πόνου σε σχέση με τους ενήλικες είναι διαφορετική. Τα παιδιά συνήθως συνεχίζουν το παιχνίδι και δεν δείχνουν να ενοχλούνται. Αν τα παρατηρήσουν για αρκετή ώρα οι γονείς τους θα δουν ίσως κάποια γκριμάτσα ή κάποιον μορφασμό. Από τα παιδιά –εφήβους που νοσηλεύτηκαν τα 11 δεν είχαν κανένα πρόβλημα να συνεχίσουν κανονικά να συμμετέχουν στις δραστηριότητές τους (να πάνε στο σχολείο, να συμμετέχουν στο παιχνίδι, στα χόμπι, να παίξουν με τους φίλους τους ή να πάνε κάπου με την οικογένειά τους). Τα περισσότερα είχαν ένα μικρό πρόβλημα να τα κάνουν όλα αυτά (24), ενώ 17 είχαν μεγάλο πρόβλημα να συμμετέχουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ήταν τα παιδιά που εμφάνισαν κεφαλαλγία από διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες (καυγάδες στο σπίτι, ή στο σχολείο, διαζύγιο των γονιών).

Η επόμενη ερώτηση δείχνει ακριβώς αυτό που περιγράφηκε πιο πάνω, ότι δηλαδή τα περισσότερα παιδιά δεν ενοχλούνται πολύ από κάποιο πόνο. Έτσι τα 35 παιδιά – έφηβοι ένοιωθαν ένα μικρό πόνο και μία μικρή δυσφορία, τα 6 δεν ένοιωθαν κανένα πόνο ή ενόχληση,. Ενώ προσήλθαν στο Νοσοκομείο και νοσηλεύτηκαν για πονοκέφαλο και τα 11 πονούσαν και υπέφεραν πολύ.

Τέλος, ο πόνος επηρέασε την συναισθηματική τους κατάσταση και κάποια 26 (το 50%) όταν υπέφεραν από πονοκέφαλο ,αισθανόταν λίγο ανήσυχα, λυπημένα ή δυσαρεστημένα. Τα 14 αισθανόταν πολύ ανήσυχα και λυπημένα ή δυσαρεστημένα, ενώ τα 12 δεν αισθανόταν τίποτα από όλα αυτά.

Επιλογή στατιστικών ελέγχων

Αρχικά, οι ερωτήσεις κλίμακας του EQ-5D-Y βαθμονομήθηκαν ως εξής: 1= «Κανένα πρόβλημα», 2= «Κάποιο πρόβλημα», 3= «Μεγάλο πρόβλημα» για τις ερωτήσεις που αφορούν στα προβλήματα κινητικότητας, αυτοεξυπηρέτησης και συμμετοχής σε δραστηριότητα, ενώ 1= «Καθόλου», 2= «Λίγο», 3= «Πολύ», για το βαθμό πόνου/ δυσφορίας και ανησυχίας/δυσαρέσκειας.

Η επιλογή των στατιστικών ελέγχων που διενεργήθηκαν καθορίστηκε από τον τύπο των δεδομένων και ήταν:

- Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ συνεχών (ηλικία, ημέρες νοσηλείας) και διατακτικών μεταβλητών (EQ-5D-Y), χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman. Για την ερμηνεία των τιμών του συντελεστή Spearman χρησιμοποιήθηκε η παρακάτω κλίμακα, για τις απόλυτες τιμές του ρ (Evans, 1996):

Πολύ ασθενής συσχέτιση 0 - 0.19

Ασθενής συσχέτιση 0.20 - 0.39

Μέτρια συσχέτιση 0.40 - 0.59

Ισχυρή συσχέτιση 0.60 - 0.79

Πολύ ισχυρή συσχέτιση 0.80 - 1.00

- Για τις συγκρίσεις μεταξύ κατηγορικών (φύλο) και διατακτικών μεταβλητών (EQ-5D-Y), χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 (Chi-square), ως έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ τους. Ως έγκυρος ο άνωθεν στατιστικός έλεγχος θεωρήθηκε όταν τα θεωρητικά μεγέθη ήταν μεγαλύτερα ή ίσα του 1 (Conover, 1999).

Φύλο * ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Crosstab

			ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ			Total
			Κανένα πρόβλημα	Κάποιο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	
Φύλο	Αγόρι	Count	20	4	3	27
		% within Φύλο	74.1%	14.8%	11.1%	100.0%
		% within ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	55.6%	33.3%	75.0%	51.9%
	Κορίτσι	Count	16	8	1	25
		% within Φύλο	64.0%	32.0%	4.0%	100.0%
		% within ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	44.4%	66.7%	25.0%	48.1%
Total	Count		36	12	4	52
	% within Φύλο		69.2%	23.1%	7.7%	100.0%
	% within ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.705 ^a	2	.259
Likelihood Ratio	2.774	2	.250
Linear-by-Linear Association	.029	1	.866
N of Valid Cases	52		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.92.

Φύλο * ΦΡΟΝΤΙΖΟΝΤΑΣ

Crosstab

			ΦΡΟΝΙΖΟΝΤΑΣ			Total
			Κανένα πρόβλημα	Κάποιο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	
Φύλο	Αγόρι	Count	15	10	2	27
		% within Φύλο	55.6%	37.0%	7.4%	100.0%
		% within ΦΡΟΝΙΖΟΝΤΑΣ	53.6%	45.5%	100.0%	51.9%
	Κορίτσι	Count	13	12	0	25
		% within Φύλο	52.0%	48.0%	0.0%	100.0%
		% within ΦΡΟΝΙΖΟΝΤΑΣ	46.4%	54.5%	0.0%	48.1%
	Total	Count	28	22	2	52
		% within Φύλο	53.8%	42.3%	3.8%	100.0%
		% within ΦΡΟΝΙΖΟΝΤΑΣ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.251 ^a	2	.324
Likelihood Ratio	3.021	2	.221
Linear-by-Linear Association	.058	1	.810
N of Valid Cases	52		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .96.

Φύλο * ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Crosstab

			ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ			Total
			Κανένα πρόβλημα	Κάποιο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	
Φύλο	Αγόρι	Count	6	9	12	27
		% within Φύλο	22.2%	33.3%	44.4%	100.0%
		% within ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	54.5%	39.1%	66.7%	51.9%
	Κορίτσι	Count	5	14	6	25
		% within Φύλο	20.0%	56.0%	24.0%	100.0%
		% within ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	45.5%	60.9%	33.3%	48.1%
	Total	Count	11	23	18	52
		% within Φύλο	21.2%	44.2%	34.6%	100.0%
		% within ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.106 ^a	2	.212
Likelihood Ratio	3.149	2	.207
Linear-by-Linear Association	.783	1	.376
N of Valid Cases	52		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.29.

Φύλο * ΝΙΩΘΕΙ_ΠΟΝΟ

Crosstab

			ΝΙΩΘΕΙ_ΠΟΝΟ			Total
			Κανένα πόνο	Κάποιο πόνο	Πολύ πόνο	
Φύλο	Αγόρι	Count	4	19	4	27
		% within Φύλο	14.8%	70.4%	14.8%	100.0%
		% within ΝΙΩΘΕΙ_ΠΟΝΟ	57.1%	55.9%	36.4%	51.9%
	Κορίτσι	Count	3	15	7	25
		% within Φύλο	12.0%	60.0%	28.0%	100.0%
		% within ΝΙΩΘΕΙ_ΠΟΝΟ	42.9%	44.1%	63.6%	48.1%
Total	Count	7	34	11	52	
	% within Φύλο	13.5%	65.4%	21.2%	100.0%	
	% within ΝΙΩΘΕΙ_ΠΟΝΟ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.357 ^a	2	.507
Likelihood Ratio	1.367	2	.505
Linear-by-Linear Association	.958	1	.328
N of Valid Cases	52		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.37.

Φύλο * ΑΝΗΣΥΧΙΑ

Crosstab

			ΑΝΗΣΥΧΙΑ			Total
			Καθόλου ανήσυχο	Λίγο ανήσυχο	Πολύ ανήσυχο	
Φύλο	Αγόρι	Count	9	9	9	27
		% within Φύλο	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
		% within ΑΝΗΣΥΧΙΑ	75.0%	34.6%	64.3%	51.9%
	Κορίτσι	Count	3	17	5	25
		% within Φύλο	12.0%	68.0%	20.0%	100.0%
		% within ΑΝΗΣΥΧΙΑ	25.0%	65.4%	35.7%	48.1%
Total	Count		12	26	14	52
	% within Φύλο		23.1%	50.0%	26.9%	100.0%
	% within ΑΝΗΣΥΧΙΑ		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.537 ^a	2	.038
Likelihood Ratio	6.723	2	.035
Linear-by-Linear Association	.163	1	.686
N of Valid Cases	52		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.77.

Συγκρίσεις του EQ-5D-Y με το φύλο, την ηλικία και τις ημέρες νοσηλείας

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, σκοπός είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο τάσεις που παρατηρούνται στο δείγμα καταδεικνύουν ύπαρξη σχέσεων ανάμεσα στα

στοιχεία του ερωτηματολογίου EQ-5D-Y και χαρακτηριστικά του δείγματος όπως το φύλο, η ηλικία και τις ημέρες νοσηλείας.

Από την ανάλυση των στοιχείων με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman's ρ εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τα προβλήματα κινητικότητας ($\rho=-0.348$, $p=0.011$). Υπάρχει δηλαδή μεταξύ τους μέτρια συσχέτιση, με αυξήσεις στην ηλικία να τείνουν να σχετίζονται με μειώσεις στο βαθμό προβλημάτων κινητικότητας.

Ακόμη, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική, μέτρια θετική συσχέτιση ανάμεσα στις ημέρες νοσηλείας και τα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης ($\rho=0.403$, $p=0.003$). Ακόμη, στατιστικά σημαντική, ασθενής θετική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στις ημέρες νοσηλείας και τα προβλήματα συμμετοχής σε δραστηριότητες ($\rho=0.316$, $p=0.003$). Αυξήσεις δηλαδή στις ημέρες νοσηλείας τείνουν να σχετίζονται με αυξήσεις στο βαθμό προβλημάτων αυτοεξυπηρέτησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες.

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική, μέτρια θετική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και κινητικότητας ($\rho=0.408$, $p=0.003$). Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική, ασθενής θετική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στα προβλήματα κινητικότητας και του βαθμού ανησυχίας ($\rho=0.341$, $p=0.013$). Ακόμη, στατιστικά σημαντική, μέτρια θετική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες ($\rho=0.575$, $p<0.001$), το βαθμό δυσφορίας ($\rho=0.504$, $p<0.001$) και ανησυχίας ($\rho=0.465$, $p=0.001$). Στατιστικά σημαντική, μέτρια θετική συσχέτιση εντοπίστηκε επιπλέον ανάμεσα στα προβλήματα συμμετοχής σε δραστηριότητες και το βαθμό πόνου/δυσφορίας ($\rho=0.591$, $p<0.001$), ενώ η συσχέτιση ανάμεσα στα προβλήματα συμμετοχής σε δραστηριότητες και το βαθμό πόνου/δυσφορίας εντοπίστηκε ισχυρά θετική ($\rho=0.661$, $p<0.001$). Τέλος, στατιστικά σημαντική, μέτρια θετική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στο βαθμό ανησυχίας και πόνου ($\rho=0.588$, $p<0.001$).

Οι παραπάνω συντελεστές συσχέτισης παρατίθενται στον Πίνακα 1. Μεταξύ των υπολοίπων μεταβλητών δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 1: Συσχέτιση κατά Spearman ανάμεσα στην ηλικία, τις ημέρες νοσηλείας και τις ερωτήσεις του EQ-5D-Y

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

	Ηλικία	Ημέρες νοσηλείας	Κινητικότητα	Αυτοεξυπηρέτηση	Δραστηριότητες	Πόνος/ δυσφορία	Ανησυχία
Ηλικία	-						
Ημέρες νοσηλείας	-0.165	-					
Κινητικότητα	-	0.206	-				
	0.348*						
Αυτοεξυπηρέτηση	-0.131	0.403**	0.408**	-			
Δραστηριότητες	0.162	0.316*	0.245	0.575**	-		
Πόνος/ δυσφορία	0.248	0.195	0.211	0.504*	0.591**	-	
Ανησυχία	0.011	0.071	0.341*	0.465**	0.661**	0.588*	-

Από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 2, που προέκυψαν από τη χρήση του ελέγχου χ^2 , προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στην αυτοεξυπηρέτηση και το φύλο ($p=0.324$).

Πίνακας 2: Έλεγχος χ^2 ανάμεσα στην αυτοεξυπηρέτηση και το φύλο

		Αυτοεξυπηρέτηση							
		Κανένα πρόβλημα		Κάποιο πρόβλημα		Μεγάλο πρόβλημα		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Φύλο	Αγόρι	15	55.6	10	37.0	2	7.4	2.251	0.324
	Κορίτσι	13	52.0	12	48.0	0	0.0		

Από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 3, που προέκυψαν από τη χρήση του ελέγχου χ^2 , προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στη συμμετοχή σε δραστηριότητες και το φύλο ($p=0.212$).

Πίνακας 3: Έλεγχος χ^2 ανάμεσα στη συμμετοχή σε δραστηριότητες και το φύλο

		Δραστηριότητες							
		Κανένα πρόβλημα		Κάποιο πρόβλημα		Μεγάλο πρόβλημα		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Φύλο	Αγόρι	6	22.2	9	33.3	12	44.4	3.106	0.212
	Κορίτσι	5	20.0	14	56.0	6	24.0		

Από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 4, που προέκυψαν από τη χρήση του ελέγχου χ^2 , προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο αίσθημα πόνου και το φύλο ($p=0.507$).

Πίνακας 4: Έλεγχος χ^2 ανάμεσα στο αίσθημα πόνου και το φύλο

		Πόνος						X^2	p
		Κανένα		Κάποιο		Πολύ			
		πόνος		πόνος		πόνος			
Φύλο		n	%	n	%	n	%		
	Αγόρι	4	14.8	19	70.4	4	14.8	1.357	0.507
	Κορίτσι	3	12.0	15	60.0	7	28.0		

Από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 5, που προέκυψαν από τη χρήση του ελέγχου χ^2 , προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο αίσθημα ανησυχίας και το φύλο ($p=0.038$). Συγκεκριμένα, τα αγόρια είναι ισόποσα μοιρασμένα στις τρεις κλίμακες ανησυχίας, ενώ η απόλυτη πλειοψηφία των κοριτσιών (68.0%) εμφανίζουν κάποια ανησυχία, λύπη ή δυσαρέσκεια.

Πίνακας 5: Έλεγχος χ^2 ανάμεσα στο αίσθημα ανησυχίας και το φύλο

		Πόνος							
		Καθόλου ανησυχία		Κάποια ανησυχία		Μεγάλη ανησυχία		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Φύλο	Αγόρι	9	33.3	9	33.3	9	33.3	6.537	0.038
	Κορίτσι	3	12.0	17	68.0	5	20.0		

Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Ο πονοκέφαλος στα παιδιά είναι κοινή αντίδραση, ειδικά μετά από τραυματικά γεγονότα ή κακές σχέσεις μεταξύ των γονιών τους ή απομάκρυνση ή χωρισμού των γονιών τους, ή μετά από απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή ζώου ή ακόμα και στις καθημερινές καταστάσεις, όπως η κακή επίδοση στο σχολείο, ο εκφοβισμός από συμμαθητές, η πίεση για επιτυχία στις διάφορες δραστηριότητες. Εξαίρεση στα παραπάνω είναι η ύπαρξη σοβαρής λοίμωξης ή νόσου (Olesen, 2006).

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η κεφαλαλγία που ανάγκασε 57 παιδιά 3 – 16 ετών να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο και πως αυτή επηρέασε την καθημερινότητά τους. Η πλειοψηφία των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 6 – 14 ετών, ομάδες που σχετίζονται με την σχολική ηλικία, αλλά και τις εξωσχολικές δραστηριότητες, παράλληλα με την ανάπτυξη και την κοινωνικοποίηση. Η αντίληψη είναι ότι επηρεάζονται από τις καταστάσεις και τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω τους. Ο πόνος φαίνεται να λειτουργεί διαφορετικά στον κάθε άνθρωπο και ο καθένας τον αντιλαμβάνεται με τον δικό του τρόπο. Στα παιδιά η αντίληψη του πόνου σε σύγκριση με τους ενήλικες είναι διαφορετική. Τα παιδιά συνήθως ακόμα και όταν υποφέρουν δεν σταματούν να κάνουν κάτι που τους ενδιαφέρει και τους ευχαριστεί, όπως είναι το παιχνίδι. Τα δεδομένα από την βιβλιογραφία δείχνουν ότι είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο πόνος στα βρέφη και στα παιδιά και αυτό έχει οδηγήσει στη δημιουργία πολλών εργαλείων αντίληψης και διαχείρισης του πόνου στις συγκεκριμένες ομάδες (Ballotin, 2013).

Τα ευρήματα της μελέτης μας έδειξαν ότι πάνω από το 50% των παιδιών που συμμετείχαν ανέφεραν τουλάχιστον ένα συνοδό σύμπτωμα κεφαλαλγίας. Σχετική μελέτη ξένης βιβλιογραφίας αναφέρει ίδια ποσοστά όταν πρόκειται για Ημικρανία ή μία λοίμωξη (Powers et al., 2003).

Η αναφορά (n = 8) παιδιά που απευθύνθηκαν σε ψυχολόγο, ήταν επειδή φάνηκε ότι η κεφαλαλγία πυροδοτήθηκε από προβλήματα που αντιμετώπιζαν στο σχολείο ή παιδιά και έφηβοι που έπασχαν από προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (n = 3).

Ημικρανία διαγνώστηκε σε 12 παιδιά (23%). Μία μελέτη από το τμήμα Νευροεπιστημών και Επιστημών Συμπεριφοράς του Ιατρικού Πανεπιστημίου της Βραζιλίας σε 50 παιδιά που επισκέφτηκαν το Νοσοκομείο σε κάποια δεδομένη στιγμή, το 32% διαγνώστηκε με Ημικρανία. Όλα τα παιδιά αν και απουσίαζαν από το σχολείο και τις δραστηριότητες, φάνηκε ότι κατά την διάρκεια της κρίσης επηρεάστηκε η ποιότητα ζωής τους (Ferracini, Dach and Speciali, 2014).

Σε μια άλλη έρευνα, φαίνεται ότι η κεφαλαλγία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων. Εκτός από την ίδια την κρίση του πονοκεφάλου, τα παιδιά μπορεί να αναπτύξουν άγχος αναμονής, γνωρίζοντας ότι ανά πάσα στιγμή η κρίση θα μπορούσε να διαταράξει την καθημερινότητά τους. Είναι αρκετά κοινό για τα παιδιά που πάσχουν από πονοκέφαλο να απουσιάζουν από το σχολείο και να μην συμμετέχουν σε εξωσχολικές δραστηριότητες. Στην πραγματικότητα τα παιδιά και οι έφηβοι που υποφέρουν από

κεφαλαλγία απουσιάζουν δύο φορές πιο συχνά από ό, τι τα παιδιά που δεν υποφέρουν (Terwindt et al., 2000).

Σε μία έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών, που πραγματοποιήθηκε σε τοπικό σχολείο, αναφέρθηκε ότι τα παιδιά με πονοκέφαλο απουσιάζουν από το σχολείο, δεν εκτελούν τα καθήκοντα του νοικοκυριού και δεν συμμετέχουν σε δραστηριότητες που τους ευχαριστούν σε 23,9 ημέρες κατά μέσο όρο, λόγω του πονοκεφάλου. Η έρευνα διεξήχθη σε δυο ομάδες παιδιών, στη μία τα παιδιά υπέφεραν από κεφαλαλγία και στην άλλη δεν υπέφεραν. Η ποιότητα ζωής ήταν παρόμοια και στις δυο ομάδες, ενώ ήταν χειρότερη στις περιπτώσεις που έπασχαν από πονοκέφαλο οι γονείς των παιδιών (Ferracini, Dach and Speciali, 2014).

Η διάρκεια νοσηλείας των παιδιών που έμειναν στο νοσοκομείο κυμαινόταν από μία έως πέντε ημέρες. Λίγα ήταν εκείνα (2%) που εμφάνισαν επαναλαμβανόμενα επεισόδια και κατά συνέπεια επηρεάστηκαν οι καθημερινές τους δραστηριότητες. Όσον αφορά στη συχνότητα της κεφαλαλγίας, το 32% είπε ότι ήταν το πρώτο επεισόδιο, το 23% ότι ήταν το δεύτερο και το 25% ότι ήταν το τρίτο επεισόδιο, ενώ μόνο το 4% δήλωσε ότι δεν τους συμβαίνει συχνά.

Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι απαντήσεις αξιολογήθηκαν από τις εκθέσεις των γονέων. Μελετήθηκαν οι διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων σε σχέση με το σημείο, την ένταση, την αναπηρία, την σχολική επίδοση και την πρώιμη ηλικία έναρξης των κεφαλαλγιών. Η ένταση ήταν η συνηθέστερη διάγνωση στην ομάδα πονοκεφάλου με πρώιμη έναρξη (51%). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων σχετικά με πονοκέφαλο, αιτιολογία, μη φυσιολογική νευροαπεικόνιση, σχολικές επιδόσεις ή με προβλήματα προσοχής. Παρ' όλα αυτά οι ασθενείς στην πρώιμη εκδήλωση της ομάδας είχαν υψηλότερο επιπολασμό των προβλημάτων συμπεριφοράς: 25,7% έναντι 11,2% ($p < 0,02$). Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η πρώιμη ηλικία έναρξης της κεφαλαλγίας δεν περιλαμβάνει επιβλαβή έδαφος ή αναπηρία (Ballotin, 2013).

Σε μια άλλη μελέτη τα ευρήματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων με πονοκέφαλο επηρεάζεται σημαντικά από την κατάσταση της υγείας τους. Η επίδραση των πονοκεφάλων στην ποιότητα ζωής είναι παρόμοια με αυτή που βρέθηκε για άλλες χρόνιες ασθένειες (Powers et al., 2003).

Στην μελέτη μας η κεφαλαλγία σε όλους σχεδόν τους ασθενείς συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα. Μόνο 3 ασθενείς (6%) δεν είχαν κανένα σύμπτωμα. Συγκεκριμένα, στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων (91%) συνυπάρχουν και άλλα

συμπτώματα με τον πονοκέφαλο, όπως ναυτία (19%), έμετος (12%), ζάλη (29%), μούδιασμα (10%) και εξασθένιση (13%). Η κεφαλαλγία φαίνεται να επηρεάζει το 58% των ασθενών. Εκτός από τις δραστηριότητές τους (διάβασμα, χόμπι, παιχνίδι), σε ορισμένους ασθενείς επηρεάζεται και η όρεξη (44%). Κάτι άλλο που επίσης επηρεάζεται στα παιδιά με κεφαλαλγία είναι και ο ύπνος, καθώς μόνο το 17% των παιδιών δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα στον ύπνο. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Ρώμη σε ένα δείγμα παιδιών, μερικά με κεφαλαλγία και μερικά χωρίς, έδειξε ότι τα παιδιά με κεφαλαλγία είχαν φτωχότερη ποιότητα ύπνου και εμφάνιζαν το απόγευμα υπνηλία (Bruni et al., 2007 and Novelli et al., 2010).

Επιστημονικές μελέτες στο Λονδίνο και το Μόντρεαλ, έδειξαν μια στενή σχέση ανάμεσα στον πονοκέφαλο και τον ύπνο: οι αλλαγές στον ύπνο μπορεί να αντανakλούν την εμφάνιση και να αυξήσουν τόσο την διάρκεια όσο και τη συχνότητα των κρίσεων κεφαλαλγίας στα παιδιά. Μεταβολές της ποιότητας του ύπνου μαζί με κακή υγιεινή του ύπνου, μπορεί στην πραγματικότητα να ευθύνονται για την έναρξη της κεφαλαλγίας και την ανάπτυξη μιας χρόνιας νόσου (Bellini et al., 2013).

Σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Παλέρμο της Ιταλίας σχετικά με την ποιότητα του ύπνου στα παιδιά και τους εφήβους που βιώνουν πονοκεφάλους, οι γονείς ανέφεραν υψηλό ποσοστό των διαταραχών του ύπνου στα παιδιά. Συγκεκριμένα λίγες ώρες ύπνου (42%), βρουξισμό των δοντιών (29%), το παιδί να θέλει να κοιμάται με τους γονείς του (25%) και ροχαλητό (23%) (Miller et al., 2000 and Battistutta et al., 2009).

Στην μελέτη μας επίσης σε περισσότερα από τα μισά παιδιά και εφήβους (65%) υπήρχε προδιάθεση από το οικογενειακό ιστορικό. Μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Χάιφα, Ισραήλ, έδειξε ότι τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι που υποφέρουν από κεφαλαλγία (που εκτιμάται σε 70%) έχουν ένα μέλος της οικογένειάς τους που πάσχει επίσης από κεφαλαλγία ή είχε εμφανίσει παλιότερα κάποιο επεισόδιο. Παιδιά και έφηβοι με Ημικρανία επηρεάζονται από ορισμένες καταστάσεις, όπως κόπωση, λαμπερά φώτα, ή αλλαγές του καιρού (Abu- Arefeh I & G Russell, 1994).

Από τα παιδιά που νοσηλεύτηκαν 11 δεν είχαν κανένα πρόβλημα να συμμετέχουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα περισσότερα είχαν ένα μικρό πρόβλημα τα 24 ενώ τα 17 είχαν μεγάλο πρόβλημα. Κάθε παιδί ή έφηβος βιώνει

Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους. Πως επηρεάζεται η καθημερινότητά τους

διαφορετικά τον σωματικό πόνο. Αυτό εξαρτάται από το πώς γνώρισε τον πόνο από τους γονείς του. Αυτό έδειξε μελέτη στην Αμερική σχετική με την εμπειρία που είχαν στον πόνο παιδιά σχολικής ηλικίας και οι οικογένειές τους. (Aromaa et al., 2000).

Στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση εντοπίστηκε ανάμεσα στην ηλικία σε έτη και τα προβλήματα κινητικότητας. Έτσι, στην κατεύθυνση αύξησης της ηλικίας, εμφανίζεται τάση μείωσης των εν λόγω προβλημάτων. Επιπλέον, στατιστικά σημαντική θετική σχέση εντοπίστηκε ανάμεσα στις μέρες νοσηλείας και στα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες. Φαίνεται λοιπόν πως περισσότερες μέρες νοσηλείας τείνουν να αυξάνουν και το βαθμό προβλήματος που εμφανίζουν τα παιδιά στους άνω δύο δείκτες. Προς την ίδια κατεύθυνση, μεγαλύτερος βαθμός προβλήματος στην αυτοεξυπηρέτηση τείνει να αυξάνει το βαθμό προβλήματος στην κινητικότητα και το αίσθημα ανησυχίας, κάτι το οποίο συμβαίνει και αναφορικά με τα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες, το αίσθημα πόνου και το αίσθημα ανησυχίας. Τέλος, αυξητικές τάσεις προκαλούν και οι τάσεις αύξησης στα προβλήματα συμμετοχής σε δραστηριότητες, στο αίσθημα πόνου ή δυσφορίας και το αίσθημα ανησυχίας.

Ακόμη, ανεξάρτητα εμφανίζονται τα προβλήματα κινητικότητας, αυτοεξυπηρέτησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες, όπως και το αίσθημα πόνου/δυσφορίας σε σχέση με το φύλο. Από την άλλη, υπάρχει σχέση ανάμεσα στο αίσθημα ανησυχίας και το φύλο, με 7 στα 10 κορίτσια να σημειώνουν κάποια ανησυχία σε περιπτώσεις κεφαλαλγίας, ενώ τα αγόρια εμφανίζονται μοιρασμένα όσον αφορά το βαθμό που αισθάνονται ανήσυχα ή δυσαρεστημένα.

(Conover W.J.,1999 and Evans, J. D., 1996).

3.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανασίου – Μεταξά Μ., - Αυγουστίδου – Σαββοπούλου Π., - Βαρλάμης Γ., - Γομπάκης Ν., - Δρόσου – Αγακίδου Β., - Εμποριάδου Μ., - Κανακούδη – Τσακαλίδου Φ., Κάτζος Γ., Κοντόπουλος Ε., Κρεμενόπουλος, Γ., - Λαφαζάνης Β., - Μαλακά – Ζαφειρίου Κ., Μπασιάκος Χ., Νουσιά – Αρβανιτάκη, Σ., - Παπασταύρου – Μαυρουδή, Θ., - Τσάνταλη, Χ., - Τσικούλας Ι., Χαριτίδης Ι., - Χατζησεβαστού – Λουκίδου Χ., - Χρυσομάλλης Φ., (1999), *Παιδιατρική, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΚΑΙΤΗ ΜΑΛΑΚΑ – ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ.*
2. Διαμαντόπουλος Ν, Καζά Δ, Καβούρης Κ. Επιδημιολογική μελέτη της κεφαλαλγίας σε μαθητικό πληθυσμό Γυμνασίων και Λυκείων. 13^ο συνέδριο Νευρολογίας 1993:Περίληψεις, σελ 81.
3. Κωνσταντόπουλος Α., (2007), *Κλινική Παιδιατρική – Τόμος Β*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΖΗΤΑ.
4. Μπεχλιβανίδης Χ, Νανά Χ, Σίδη Β, Σκλαβούνου- Τσουρουτσάγλου Σ. Επιδημιολογική έρευνα της κεφαλαλγίας σε παιδιά της σχολικής ηλικίας. *Παιδιατρικά Χρονικά* 1984:13(4):191-5
5. Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, (2006), *Η Διεθνής Ταξινόμηση των Διαταραχών Κεφαλαλγίας*, Τόμος 14 – Τεύχος 4.
6. Abu-Arefeh I & Russell G. (1994). Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ*, 309 (6957):765-9.
7. Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P, Helenius H. (2000).Pain experience of children with headache and their families: A controlled study. *Pediatrics*, 106:270-5.
8. Battistutta S, Aliverti R, Montico M, Zin R, Carrozzi M. (2009). Chronic tension-type headache in adolescents. Clinical and psychological characteristics analyzed through self- and parent-report questionnaires. *J Pediatr Psychol*. 34(7):697-706.
9. Ballotin Umberto, Poli Paolo Fusar, Termine Cristiano, Molteni Silvia and Galli Federica (2013). *Journal of children neurology, Cephalalgia*; vol. 33, 2: pp. 112-122

10. Bille B. (1989). Migraine in childhood. In: Lanzi G, Ballotin U, Cernibori A, eds. *Headache in Children and Adolescents*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 19-26.
11. Bille B.(1993). Migraine in school children. *Acta Paediatr. Scand* 196: 1-151.
12. Benedetta Bellini, Marco Arruda, Alessandra Cescut, Cosetta Saulle, Antonello Persico, Marco Carotenuto, Michela Gatta, Renata Nacinovich, Fausta Paola Piazza, Cristiano Termine, Elisabetta Tozzi, Franco Lucchese and Vincenzo Guidetti (2013).Headache and comorbidity in children and adolescents ,*the Journal of Headache and Pain*, **14**:79.
13. Behrman, Kliegman, Arvin, P.X., (1992). Nelson Pediatric III, Pashalidis Medical Publishing.
14. Borge AIH, Nordhagen R, Moe B, Botten G, Bakketeig LS (1993). Prevalence and persistence of stomach ache and headache among children. Follow-up of a cohort of Norwegian children from 4 to 10 years of age. *Acta Paediatr.* 1994;83: 433–437.
15. Bruni O., Russo P.M., Ferri R., Novelli L., Galli F., Guidetti V(2008). Relationships between headache and sleep in a non-clinical population of children and adolescents, Original Article, *Sleep Medicine* 9 542-548.
16. Conover WJ (1999). Practical Nonparametric Statistics, 3rd Edition.
17. Evans A.C., Worsley K.J., Marrett S., Neelin P., Vandal A.C. and K.J. Friston (1996).A Unified Statistical Approach for Determining Significant Signals in Images of Cerebral Activation, *Human Brain Mapping* 4:58-73.
18. Forsythe WI, Gilles D. Sills MA. (1984). Propranolol in the treatment of childhood migraine. *Dev Med Child Neurol* 26: 737.

19. Ferracini GN, Dach F, Speciali JG. (2014). Quality of life and health-related disability in children with headache or migraine. *American Headache Society*, 54(2):325-34.
20. Gascon G. Barlow C. (1970). Juvenile migraine, presenting as an acute confusional state. *Pediatrics US* : 628.
21. Igarashi M, Mat WN, Golden GS.(1992). Pharmacologic treatment of childhood migraine. *J Pediatric*, 120: 653.
22. Lemone P & Burke K. (2004). Pathology - Surgical Nursing - Critical Thinking in Patient Care - Volume IV, Athens: Medical Publications - LAGOS.
23. Miller MA, Palermo T.M., Powers S.W., Scher M.S. and Hershey A. D., (April 2003) Volume 43, Issue 4, pages 362–368.
24. Noveli Luana, Ferri Raffaele and Bruni Oliviero (2010). Sleep classification according to AASM and Rechtschaffen and Kales: effects on sleep scoring parameters of children and adolescence, *Sleep in Childhood Neurological Disorders* 19 238-247.
25. Noulas N, Kampas N, Athanasiadi G, Stavrinou N, Rekliti M, Kouvalakidou A.(2012). Headaches: Their Classification, *Achaean Medicine*, Volume 310 - Issue 2.
26. Olesen J. (2006). Quarterly Newsletter Greek Headache Society Greek Headache Society *The International Classification of Headache Disorders*. 2nd edition (ICHD-II) *Revue Neurologique*, Volume 161, Issue 6, Pages 689-691.
27. Pechlivanidis X, Nana X, Sidi B, Sklavounou-Tsourouktsoglou S. (1995). Epidemiological survey of headache in children of school age *Pediatric Annals. Pediatrics in Review*. 16(6) :203-239.

28. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. (2003). Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics*, 112(1):1-5.
29. Romero-Acosta K, Canals J, Hernandez-Martinez C, Penelo E, Zolog TC, Domènech-Llaberia E(2013). Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents. *J Ment Health*. 2013; 22:33–41.
30. Scott C. Litin (2009): Mayo Clinic Family Health book, Rochester .4th Edition.
31. Scott W. Powers SW, Susana R. Patton, Kevin A, Hommel and Andrew D. Hershey, (2003) . Quality of Life in Childhood Migraines: Clinical Impact and Comparison to Chronic Illnesses *Pediatrics*; Vol.112 No 1 pp.el-e5.
32. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. (2000).The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology*;55(5):624-9.
33. WebMD Medical Reference from Health wise, 2005.
34. http://www.kefalalgia.gr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=40&Itemid=77&lang=el, Διάγνωση της ημικρανίας σε παιδιά και εφήβους, Ανάκτηση από: Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας.
35. <http://www.kere.gr/community/?p=200>, Πονοκέφαλος σε παιδιά και εφήβους, Ανάκτηση από: Κέντρο Ρεφλεξολογίας και Έρευνας.
36. www.nhs.uk (Children' s headaches).
37. www.reflexologos.gr
38. www.paidiatros.gr

4. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

4.1. Ερωτηματολόγιο

Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου.
Λεπτομερείς απαντήσεις σας θα είναι πολύ χρήσιμες για τον προσδιορισμό των πονοκεφάλων του παιδιού σας.

1.Πότε ξεκίνησαν οι πονοκέφαλοι; _____

2.Ποια είναι η θέση (σημείο)των πονοκεφάλων του παιδιού σας ;

3 . Πόσο συχνά συμβαίνει ;

4 . Οι πονοκέφαλοι χειροτερεύουν με την πάροδο του χρόνου ;

5 . Ποιο είναι το είδος του πόνου (χτυπάει , συμπίεση , μαχαιριάς, ή άλλο) ;

6 . Πόσο καιρό διαρκούν , κατά μέσο όρο;

7 . Υπάρχουν οποιαδήποτε άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την κεφαλαλγία (ναυτία, έμετος, ζάλη , μούδιασμα, αδυναμία , ή άλλο) ;

8. Τι βελτιώνει τον πονοκέφαλο καλύτερα;

9 . Τι είναι αυτό που κάνει χειρότερο τον πονοκέφαλο ;

10 . Τι κάνει το παιδί σας όταν εμφανίζεται ένας πονοκέφαλος ;

12 . Μήπως ιβουπροφαίνη (Algoftren) ή ακεταμινοφαίνη (Dolal- Depon) συμβάλλουν στον περιορισμό ή την εξάλειψη του πονοκέφαλου;

13. Μήπως το παιδί σας έχει κάποια υποκείμενα ιατρικά προβλήματα;

14.Υπήρξε κάποιος τραυματισμός στο κεφάλι που συνδέεται με την έναρξη των πονοκεφάλων εκεί ;

15. Έχει το παιδί σας ή είχε ποτέ επιληπτικές κρίσεις / σπασμούς , ακόμα και αν δεν συνδέονται με έναν πονοκέφαλο ;

16. Έχει αναφέρει το παιδί σας ότι έχει προειδοποιητικά σημάδια ότι ένας πονοκέφαλος έρχεται ;

17 . Μήπως το παιδί σας κοιμάται πολλές ώρες ;

18. Μήπως ροχαλίζει ενώ κοιμάται ; _____ Μήπως κάνει ανήσυχο ύπνο ; _____

19.Μήπως το παιδί σας έχει τηλεόραση ή video ή game player στο δωμάτιό του;

20. Μήπως το παιδί σας πάσχει από τις εποχιακές αλλεργίες ;

21 .Υπάρχουν στρεσογόνες καταστάσεις στο σπίτι του παιδιού ή στο σχολείο;

22. Μήπως οι πονοκέφαλοι συμβαίνουν κάτω από οποιοσδήποτε ειδικές συνθήκες ή σε οποιοδήποτε συγκεκριμένο χρόνο;

23. Όταν οι πονοκέφαλοι άρχισαν , υπήρξαν οποιοσδήποτε αλλαγές στο περπάτημα, την ισορροπία , την όραση , τα χέρια , τη συμπεριφορά , την ομιλία ;

24.Μήπως τυχόν δραστηριότητες , φάρμακα , ή τρόφιμα έχουν την τάση να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τους πονοκεφάλους του παιδιού σας ;

25.Όταν έχει πονοκέφαλο επηρεάζονται οι δραστηριότητες του;
ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

26. Πώς επηρεάζονται;(διαβάζει ή παίζει κανονικά;)

Καθόλου _____ Λίγο _____ Μέτρια _____ Πολύ _____

27. Όταν έχει πονοκέφαλο τρώει κανονικά; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
ΛΙΓΟ _____

28.Όταν έχει πονοκέφαλο κοιμάται κανονικά ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
ΛΙΓΟ _____

29.Μήπως κάποιος από το στενό οικογενειακό σας περιβάλλον υποφέρει από ημικρανίες (τώρα , ή ως παιδί) ;

Ηλικία:

Φύλο:

Νοσηλεία:

Διάγνωση:

4.2.EQ-5D-Y

Σε κάθε κεφάλαιο, παρακαλώ σημειώστε το κουτάκι που περιγράφει καλύτερα την υγεία του παιδιού σας ΣΗΜΕΡΑ

Κινητικότητα (περπάτημα)

Δεν έχει κανένα πρόβλημα με το περπάτημα ☐

Έχει κάποιο πρόβλημα με το περπάτημα ☐

Έχει μεγάλο πρόβλημα με το περπάτημα ☐

Φροντίζοντας τον εαυτό του

Δεν έχει κανένα πρόβλημα να πλύνει ή να ντύσει τον εαυτό του ☐

Έχει κάποιο πρόβλημα να πλύνει ή να ντύσει τον εαυτό του ☐

Έχω μεγάλο πρόβλημα να πλύνει ή να ντύσει τον εαυτό του ☐

Κάνοντας τις συνήθειες δραστηριότητες (για παράδειγμα, να πηγαίνει στο σχολείο, τα χόμπι, αθλήματα, το παιχνίδι, να κάνει πράγματα με την οικογένεια ή τους φίλους του)

Δεν έχει κανένα πρόβλημα να κάνει τις συνήθειες δραστηριότητές του ☐

Έχει κάποιο πρόβλημα να κάνει τις συνήθειες δραστηριότητές του ☐

Έχω μεγάλο πρόβλημα στην εκτέλεση των συνήθων δραστηριοτήτων του ☐

Νοιώθει πόνο ή δυσφορία- ενόχληση

Δεν νοιώθει κανένα πόνο ή δυσφορία - ενόχληση ☐

Νοιώθει κάποιο πόνο ή δυσφορία - ενόχληση ☐

Νοιώθει πολύ πόνο ή δυσφορία - ενόχληση ☐

Αισθάνεται ανήσυχο, λυπημένο ή δυσαρεστημένο το παιδί σας;

Δεν αισθάνεται καθόλου ανήσυχο, λυπημένο ή δυσαρεστημένο ☐

Αισθάνεται λίγο ανήσυχο, λυπημένο ή δυσαρεστημένο ☐

Αισθάνεται πολύ ανήσυχο, λυπημένο ή δυσαρεστημένο ☐

