

ÖZET

Bu çalışmada şubat 1995 ile şubat 2000 tarihleri arasında kliniğimizde izlenen 143 migrenli olgu klinik özellikler, tedavi ve prognoz bakımından retrospektif olarak değerlendirildi. Yaşları 2 ila 13 yıl arasında değişen olguların 61'i(42.7%) kız, 82'si (57.3) erkek idi. Tüm olguların tanısı hikaye ve klinik bulgulara göre kondu.

Baş ağrılarının çoğunlukla yaygın veya tek taraflı olduğu, birkaç saat sürdüğü, aile hikayesinin %46.8 oranında bulunduğu dikkati çekmiştir. Prodrom belirtiler %9.8, tetik çeken faktörler %15.4 oranında izlenmiştir. Migrenin tanısı klinik verilere dayandığından hikayenin önemi üzerinde durulmuştur. Çalışmamızda siproheptadin'in yararlı olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Kronik baş ağrısı, Migren

SUMMARY

Migraine in Childhood

In this retrospective study, 143 cases with migraine from February 1995 to February 2000 were evaluated in respect to their clinical features, therapy, and prognosis. The age of the patients ranged from 2 to 13 years; 61 (42.7%) were female and 82(57.3%) were male. All cases were diagnosed clinically. The headache was diffuse or unilateral in most of the patients and usually lasted less than six hours. A family history was positive in 46,8% of the cases. Prodromal symptoms, and triggering factors were present in 9,8%, and 15,4% of the cases, respectively. The importance of the history for the diagnosis is emphasized. Cyproheptadine seems to be an effective agent for prophylaxis.

Key words: Chronic headache, Migraine

GİRİŞ

Migraine, baş ağrısı ataklarının ağrısız intervallerle birbirinden ayrılması ile karakterize, periyodik olarak gelen, bir hastalıktır. Hastalık otozomal dominant kalıtılır (1). Hastalığın patofizyolojisi henüz tam açıklanamamıştır. Migren başlangıcından önce vazokonstriksiyon ile birlikte bölgesel serebral kan akımında azalma daha sonra bunu vazodilatasyon ve kan akımında çoğalmanın izlediği bildirilmiştir. Buradaki epizodik vazokonstriksiyon ve vazodilatasyonda nörotransmitterlerin kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir(1,2).

Migren her ne kadar yetişkinlerin bir hastalığı olarak bilinse de, çocukluk döneminde de oldukça sık görülmektedir(3). Çocukluk çağında migren klinik olarak, klasik migren (Auralı), common migren (sık görülen aurasız) komplike migren ve migren varyantları (benign paroksizmal vertigo, paroksizmal tortikollis, periyodik kusma) şeklinde sınıflandırılabilir.

Bu çalışma migren tanısı ile izlem ve tedaviye alınan olguların tanıda yararlı olabilen özelliklerini vurgulamak amacıyla sunuldu.

MATERYAL VE METOD:

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı polikliniklerinde Şubat 1995-Ocak 2000 tarihleri arasında tekrarlayıcı baş ağrısı yakınmaları nedeniyle başvuran, öykü, fizik ve nörolojik muayeneleri ve yapılan tetkikler sonucu migren tanısı alan 2-13 yaşları arasındaki çocuklar değerlendirilmeye alındılar. Çocukluk çağı migren tanısı; ağrısız intervallerle ayrılan periyodik baş ağrısı yakınmalarına karın ağrısı, bulantı veya kusmanın eşlik etmesi, yarım / bifrontal / bitemporal baş ağrısı, baş ağrısının zonklayıcı-yumruklayıcı tarzda olması, kısa bir istirahat periyodundan sonra tamamen iyileşme, baş ağrısına vizüel, motor veya duysal auranın eşlik etmesi, ailede migren öyküsünün varlığı şeklinde sıralanan altı destekleyici kriterden en az üç tanesinin olması ve yapılan tetkikler sonucu baş ağrısına yol açabilecek organik lezyonların dışlanması ile kondu(4). (Tablo I).

Ağrının başlangıç yaşı, sıklığı, süresi, şiddeti, yeri, ağrıya yol açan nedenlerin olup olmadığı, varsa ağrı öncesi belirtiler ve ağrıya eşlik eden semptomlar kaydedildi.

BULGULAR VE SONUÇLAR

Beş yıllık süre içerisinde 82 (%57.3) si erkek, 61(%42.7) i kız olmak üzere toplam 143 olgu migren tanısı ile izleme alındı. Olguların 86(%60.1)sı

common migren (aurasız), 24(%16.8) ü klasik migren (auralı), 14(%9.8)ü komplike migren, 19(%13.3) u ise migren varyantları olarak değerlendirildi. Semptomların başlangıç yaşı 7.6 ± 2.8 (2-11.5) yılı.(ortalama \pm standart sapma) Gruplara göre semptomların ortalama başlangıç yaşına bakıldığında; bu common migren için 8.4 ± 2.2 (5-13) yıl, klasik migren için 9.4 ± 2.1 (5-13) yıl, komplike migren için 6.8 ± 2.3 (3-9) yıl, migren varyantları için ise 2.3 ± 0.6 (1.5-3.5) yıl olarak bulundu. Olgularımızın 67(%46.8) sinin birinci derecede yakınlarında migren öyküsü pozitif olarak saptandı (Tablo II). Baş ağrısının lokalizasyonuna baktığımızda; 74(%51.7) olguda yaygın, 19(%13.3) olguda frontal bölgede, 22(%15.4) olguda tek taraflı, 9(%6.3) olguda bitemporal bölgeye lokalize idi. On dokuz(%13.3) olgu ise migren varyantları olarak değerlendirildiğinden belirgin baş ağrısı yakınması yoktu. Ağrı atağı süresine bakıldığında, bu hastaların 43(%34.7) ünde $\frac{1}{2}$ ile 2 saat arasında değişirken, 81(%65.3) inde 2-6 saat arasında değişmekteydi. Atak sıklığı 35(24.5) hastada ayda 1 veya daha seyrek, 88(%61.5) hastada ayda 2-5 arasında değişirken, 20(%14.0) hastada ise ayda 5 in üzerinde idi. Ağrılarının günün saatleriyle ilişkisi 94 olguda tespit edilebildi. Bunların 58(%61.7) inde ağrılar günün ilerleyen saatlerinde ortaya çıkarken kalan 36(%38.3) olguda günün değişken saatlerinde ortaya çıkıyordu(Tablo III). Hastaların 14(%9.8)ünde prodromal belirtiler mevcut olup, bunlar sıklık sırasına göre karında huzursuzluk, bulantı-kusma, baş dönmesi, renkli cisimler görme şeklinde sıralanıyordu. Etiyolojideki tetikleyici faktörlere bakıldığında 18 olguda emosyonel stresin, 1 olguda kolalı içeceklerin, 3 olguda ise çikolatalı yiyeceklerin ağrıyı uyardıkları sonucuna varıldı.

Toplam 41 olguda kranial görüntüleme uygulandı. Komplike migren tanısı alan 14 ve şüpheli bulduğumuz 7 olgu olmak üzere 21 olguya tarafımızdan, bunların dışındaki 20 olgu ise dışarıdan MRI çektirmiş olarak bize başvurdu. Tüm MRI sonuçları normal olarak bulunmuştu. Elektroansefalografi 107 olguya çekildi. Bunların hiçbirinde epileptik aktivite saptanmadı, ancak 23 tanesi disritmik olarak yorumlandı.

Tetikleyici faktörlerden uzak durma, atak sırasında sessiz sakin bir odada uyuma ve gerekirse ağrı kesiciler kullanması şeklinde yapılan önerilere karşın yaşamı etkileyecek kadar sık gelen ve şiddetli ağrı ile seyreden nöbetlerde iki yıl süre ile proflaktik tedavi uygulandı. Proflaksi verilen 43(%30.0) olgunun, ilk seçenek olarak 36 sına sproheptadin hidroklorür, 7 sine ise propanalol başlandı.

Sproheptadin hidroklorür proflaksisinin etkin olmadığı 5 ve yan etkilerin görüldüğü 5 olmak üzere toplam 10 olguda propanalole geçilirken, ilk tedavi olarak propanalol alan 7 olgunun 1 inde baş dönmeleri şeklindeki yan etkilerden dolayı sproheptadin

hidroklörüre geçildi. Değişik tercih sırasına göre iki ilaçtan da yeterli yanıt alınamayan 2 olguda karbamezepin kullanıldı. Toplam 6 olgu dışında yan etki saptanmadı. Yan etkiler dört olguda aşırı iştah artışı ve kilo alımı şeklinde karşımıza çıkarken, olguların birinde aşırı dalgınlık, birinde de baş dönmeleri şeklinde idi.

TARTIŞMA

Yetişkin dönemin bir hastalığı olarak bilinen migrene çocukluk çağında da oldukça sık rastlanılır(1,2). Yapılan çalışmalarda baş ağrısı yakınmaları ile acil servislere başvuran çocukların %6-%15.1 inde migren saptanmıştır(1,2,3). Gerçekten de çocukluk dönemi tekrarlayıcı baş ağrısının büyük bir çoğunluğu migrendir(2,3,4). Hastalık küçük yaşlarda erkek çocuklarında sık görülürken ilerleyen yaşla birlikte kız çocuklarında görülme sıklığı artmakta, puberte döneminde bu oran erkek çocukların iki katına çıkmaktadır(4,5,6). Olgularımızda erkek/kız oranı 1.35/1 olarak bulunması çalışma grubumuzu oluşturan çocukların nispeten küçük yaşta olmalarından kaynaklanmaktadır. Otozomal dominant kalıtılan migrende aile hikayesi %70-90 lere kadar pozitif bulunabilmektedir (4,7). Bu noktada kendi oranımız %46.8 olup, oranımızdaki düşüklük hastanın sadece birinci dereceden yakınlarını değerlendirmeye almamızdan kaynaklanmaktadır.

Hastalık, çocukluk döneminde genellikle klasik migren belirtileri ile değil, aurasız ve yaygın veya bilateral ağrı ile gelir(8). Kendi olgularımıza bakıldığında literatur bilgileriyle uyumlu olarak sadece 22(%16.8) olgunun tek taraflı baş ağrısı (klasik migren) yakınması ile başvurmuştu.

Migrenli çocuklarda çikolata, kolalı içecekler, baharatlı yiyecekler, ciğer gibi besinler, uykusuzluk stres gibi bazı çevresel nedenlerin ve yiyeceklerin atağı başlatmada tetikleyici faktörler olarak rol oynadıkları bilinir (1,4,5,7). Kendi olgularımıza bu yönden yaklaştığımızda 18(%12.6) olguda emosyonel stresin, 4(%2.8) olguda ise besinlerin ağrıyı uyardıkları sonucuna varıldı. Olgularımızda bu tür tetikleyici faktörlerin düşük oranda tanımlanması muhtemelen ailelerin bunlarla baş ağrısı atağı arasındaki ilişkiyi yeterince bilmeyip o yönde dikkatsiz davranmalarından, çocuklarda bu gözlemin zorluğundan ve hastalıkla yaşanan sürenin kısa olmasından kaynaklanabilir.

Çeşitli araştırmacılar migrenli hastalarda değişik oranlarda EEG bozukluklarının olabileceğini bildirmişlerdir(4,6,7,9,10,11). Kendi olgularımızın %21.5 inde disritmik olarak yorumlanan EEG bozuklukları mevcuttu. Migrenin epilepsi ile ayırımında EEG önemli olup bu nedenle kronik baş ağrısı yakınması ile gelen çocuklarda klinik bulgulara dikkat ederek ve EEG çekerek bu ayırımın yapılması gerekmektedir.

Toplam 41 olguda kranial görüntüleme uygulandı. Tüm MRI sonuçları normal

olarak bulundu. Komplike migren tanısı alan 14 olgu ve şüpheli bulduğumuz 7 olgu olmak üzere 21 olguya tarafımızdan, bunların dışındaki 20 olgu ise MRI çektirmiş olarak bize başvurdu. Komplike migren tanısı için merkezi sinir sisteminin organik patolojisinin olmadığı görüntüleme yöntemleri ile ortaya konmalıdır(1). Ayırıcı tanıda organik ve psikojenik kökenli baş ağrılarının mutlaka düşünülmesi gerekmektedir. Tedavide en önemli nokta hasta ve hasta yakınına hastalığı açıklayarak bununla yaşayacağını söylemektir. Tetikleyici faktörleri açıklayarak hastanın bunlardan sakınması, atak sırasında sessiz sakin bir odada uyuması ve gerekirse ağrı kesiciler kullanması önerilmektedir. Çocuklarda akut atakların tedavisinde aspirin veya asetaminofen gibi analjezikler yeterli olurlar. Proflaktik tedavi çocuğun yaşamını etkileyecek kadar sık gelen ve şiddetli ağrı ile seyreden nöbetlerde endike olup, bu tedavinin atağın sıklık ve süresini azaltacağı, ancak verilen ilacın ağrı kesici olmadığı ailelere belirtilmelidir. Proflakside seretonin antagonistleri, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antikonvülzanlar ve antihistaminikler gibi çeşitli ajanlar kullanılabilir. Olgularımızın 43(%) üne proflaktik tedavi uygulanmış olup ilk seçenek olarak 36(%) olguya siproheptadin, 7(%) olguya propanalol uygulandı. Toplam 6 olgu dışında yan etki saptanmadı. Yan etkiler dört olguda aşırı iştah artışı ve kilo alımı şeklinde karşımıza çıkarken olguların birinde aşırı dalgınlık, birinde de baş dönmeleri şeklinde idi.

Sonuç olarak migren yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kronik baş ağrılarının büyük bir oranını oluşturur. Bu durum karşısında Çocuk ve ailesine hastalık ve bunu tetikleyici faktörler hakkında bilgi verilerek bunlardan uzak durması, düzenli bir yaşam sürmesi önerilir. Akut atak sırasında ise sessiz sakin bir yerde istirahat etmesi ve gerektiğinde ağrı kesici alması bildirilir. Yaşamı olumsuz yönde etkileyecek şiddet ve sıklıktaki atakların varlığında proflaksi uygulanması gerekmektedir. Proflakside uygulanan ilaçların ağrı kesici olmadığı; atak sıklık, süre ve şiddetini azaltmada yardımcı ajanlar oldukları belirtilmelidir. Burada siproheptadin ve propanolol etkin ajanlar olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Annequin D., Tourniaire B., Massiou H: Migraine and Headache in Childhood and adolescence. Acute Pain in Children. In: Pediatric Clinics of North America. Mosby Company. Toronto, 2000, pp.617-631
2. Arefeh İA, Russel G: Prevelence of headache and Migraine in Schoolchildren. BMJ. 39:765-769, 1994
3. Özdemir H: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuran hastalarda baş ağrısı sıklığı ve nedenleri. Doktora tezi 2001
4. Rothner D: Migraine Headaches, in, Swaiman K.F.(ed): Pediatric Neurology. Sec.Ed. The C.V. Mosby Company. Toronto, 1994, pp.865-872
5. Yalaz K, Anlar B: Çocukluk Çağında Migren: Klinik Özellikler. Çocuk Sağ. Hast. Dergisi. 31:1-7, 1988
6. Pollak L, Klein C, Schiffer J, Flechter S, Rabey J. Electroencephalographic abnormalities in aseptic meningitis and noninfectious headache. A comparative study. Headache. 41(1):78-79, 2001
7. Artigas J., Grau R., Esclusa F., Canosa P., Molto E.: Prevalence and features of Headache and Migraine in Childhood. Rev Neurol. 26(151):368-371, 1998
8. DeGrauw TJ, Hershey AD, Powers SW, Bentti AL. Diagnosis of migraine in children attending a pediatric headache clinic. Headache. 39(7):481-485, 1999
9. Kramer W, Nevo Y, Neufeld MY, Harel S. The value of EEG in children with chronic headaches. Brain Dev. 16(4):304-308, 1994
10. De Carlo L, Cavaliere B, Arnaldi C, Faggioli R, Soriani S, Scarpa P: EEG evaluation in children and adolescents with chronic headaches. Eur J Pediatr. 153(3):247-248, 1999
11. Aysun S, Yetük M. Clinical experience on headache in children: Analysis of 102 cases. J. Child Neurol. 13:202-210, 1998

TABLO I: MİĞRENDE TANI KRİTERLERİ

A. PAROKSİSMAL BAŞ AĞRISI
B. DESTEKLEYİCİ BULGULAR (En az üçünün varlığı)
1. KARIN AĞRISI, BULANTI VEYA KUSMANIN EŞLİK ETMESİ
2. UNİLATERAL VEYA BİFRONTAL/BİTEMPORAL BAŞAĞRISI
3.ZONKLAYICI-YUMRUKLAYICI TARZDA BAŞAĞRISI
4. KISA BİR İSTİRAHAT PERİODUNDAN SONRA DÜZELME
5. VİZÜEL, MOTOR VEYA DUYSAL AURANIN EŞLİK ETMESİ
6. AİLEDE MİĞREN ÖYKÜSÜNÜN VARLIĞI
C. BAŞAĞRISINA YOL AÇABİLECEK ORGANİK LEZYONUN BULUNMAMASI

TABLOII: MİĞREN TANISI İLE İZLEDİĞİMİZ OLGULARIN ÖZELLİKLERİ

	SAYI (n)	ORAN(%)	SEMPTOMLARIN BAŞLANGICI (yıl ±)*
OLGU	143		7.6±2.8
KIZ/ERKEK	61/82	42.7 / 57.3	6.9±2.9/7.6±2.7
SINIFLANDIRMA			
COMMON MİĞREN	86	60.1	8.4±2.2(5-13)
KLASİK MİĞREN	24	16.8	9.4±2.1(5-13)
KOMPLİKE MİĞREN	14	9.8	6.8±2.2(3-9)
MİĞREN VARYANTLARI	19	13.3	2.3±0.6(1.5-3.5)
POZİTİF AİLE ÖYKÜSÜ	67	46.8	

* standart sapma olarak verilmiştir.

TABLOIII: MİĞRENLİ OLGULARDA BAŞAĞRISININ ÖZELLİKLERİ

AGRİNİN LOKALİZASYONU		
	YAYGIN	74(% 51.7)
	FRONTAL BÖLGEDE	19(% 13.3)
	TEK TARAFLI	22(% 15.4)
	BİTEMPORAL BÖLGEDE	9 (% 6.3)
AGRI ATAGINI SÜRESİ (saat)		
	½ - 2	43(%34.7)
	2 - 6	81(%65.3)
ATAK SIKLIĞI (aylık)		
	< 1 VEYA 1	35(24.5)
	2-5 arasında	88(%61.5)
	5' in üzerinde	20(%14.0)
AGRİNİN GELİŞ ZAMANI (94 olgu için)		
	GÜNÜN İLERLEYEN SAATLERİNDE	58(%61.7)
	GÜNÜN DEĞİŞKEN SAATLERİNDE	36(%38.3)

MİGREN TANISI İLE İZLEDİĞİMİZ OLGULARIMIZ

M.OKAN*

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI, BURSA

*Doçent Doktor. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana
Bilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Bursa

