

MİGREN HASTALARINA BÜTÜNSEL NÖRALTERAPİ YAKLAŞIMI

NEURAL THERAPY IN MIGRAINE PATIENTS

Mehmet Ali ELMACIOĞLU, MD¹ *, Mustafa KARAKAN, MD², Hüseyin NAZLIKUL, MD^{3, 4, 5}

¹Anestezi ve Reanimasyon uzmanı (Anestesiolog), Natürel Sağlık; İstanbul - Turkey

²Özel Muayenehane / Private Practice; Gaziantep - Turkey

³Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

⁴Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

⁵International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

Özet

Bu çalışmada 3 aylık dönemde migren tanısı ile polikliniğimize başvuran hastaların Nöralterapi yaklaşımı ile etiyolojik değerlendirilmesi yapılmıştır. Amaç altta yatan nedenlere dikkat çekmektir. Migrenli hasta bütünsel Nöralterapi bakış açısı ile değerlendirildiğinde; kas iskelet sistemi, üst servikal geçiş problemleri, diş çene kompleksi, BFB, hormonal disfonksiyon, toksik yüklenmeler, latent asidoz ve mevcut sıvı tüketimi gibi parametreler dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Migren, nöralterapi, tedavi.

Abstract

The aim of this study is to share the holistic Neuraltherapy assessment results of the patients that referred to our clinic with a diagnosis of migraine in a 3 month period of time and draw attention to the source of the problem. When migraine patients evaluated with Neuraltherapy perspective; musculoskeletal, upper cervical transition problems, tooth jaw complex, IFD, hormonal dysfunction, toxic loadings, latent acidosis and available fluid consumption parameters should be considered.

Key words: Migreine, neural therapy, treatment.

Giriş

Migren baş ağrısı en sık görülen nörolojik bozukluktur ve en sık görülen ağrı durumlarından biridir. Başın tek tarafını tutan, tekrarlayan multifazik semptomlarla karakterizedir. Tüm migren semptomları dizisi günlerce sürdürebilir ve hastalar arasında büyük farklılıklar gösterebilir. Dört farklı migren fazı vardır: premoniyasyon fazı, aura fazı, başağrısı fazı ve postdrom fazı (1)

İki farklı migren klinik durumu tanımlanmıştır: epizodik ve kronik migren. Epizodik migrenler ayda 14 veya daha az baş ağrısı günü olarak karakterize edilirken, kronik migren, baş ağrısının en az 8'inin migren kriterlerini karşıladığı 3 aydan fazla süre boyunca ayda 15 veya daha fazla baş ağrısı günü ile karakterize edilir (2)

Migren baş ağrısı dünyada en yaygın üçüncü hastalıktır (3) Migren kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha yaygındır

(4). Prevalansının yüksek olmasına rağmen, migren baş ağrısının gelişimine katkıda bulunan temel fizyoloji ve altta yatan faktörler hala tam olarak anlaşılammıştır.

Hastalıklar bütünsel Nöralterapi bakış açısı ile değerlendirildiğinde etiyolojinde yer alan kas iskelet sistemi üst servikal geçiş problemleri, diş çene kompleksi, bağırsak flora bozuklukları (BFB), hormonal disfonksiyon, toksik yüklenmeler, latent asidoz ve mevcut sıvı tüketimi gibi parametrelerin ve jetatif sinir sistemini etkilediği ve farklı hastalıklara yol açtığı göz önünde bulundurularak, migren hastalarında görülme oranını tespiti ve değerlendirilmesi amacı ile ön bir çalışma yaptık.

Bu çalışmada amaç, polikliniğimize migren tanısıyla gönderilen hastaların bütünsel değerlendirme sonuçlarını paylaşmak ve soruna kaynaklık eden problemlere dikkat çekmektir.

HASTA VE YÖNTEM

Hasta dosyaları geriye yönelik olarak taranmış migren ön tanısı almış hastaların dosyaları değerlendirmeye alınmıştır. Hasta kayıtlarında hormonal disfonksiyon, barsak flora bozukluğu (BFB), geçirilmiş diş tedavisi, temporomandibular

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Mehmet Ali Elmaccioğlu, MD

Hakkı Yeten Cad. Vital Fulya Plaza

Natürel Sağlık Kat:3 Fulya İstanbul Türkiye

Tel: 00 90 212 219 19 12

e-mail: info@drmalielmaci.com

disfonksiyonu (TME), günlük su tüketim miktarı, üst servikal kısıtlılık (C2 blokajı) ve hastaların cinsiyet, yaş verileri değerlendirildi.

BULGULAR

Retrospektif taramada toplam 38 hasta dosyası değerlendirmeye alınmıştır. Psikiyatrik şikayetleri olan, geçirilmiş nörolojik rahatsızlığı olan ve dosyada eksiklikleri olan 10 hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Migren tanısı olan 28 hasta (25 kadın: 5 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Barsak flora bozukluğu, geçirilmiş diş tedavileri ve hormonal disfonksiyon bu hasta grubunda en sık rastlanan veriler olarak karşımıza çıkmaktadır. TME disfonksiyonu ve C2 blokaj yaklaşık olarak hasta grubunun yarısında görülen diğer bir parametredir.

Hasta verileri Tablo 1'de yer almaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Migren oluşumunda, tetikleyici faktörler ve altta yatan nedenler hastalığı ortaya çıkarmaktadır. Klasik yaklaşımda semptomatik tedaviler uygulanmaktadır.

Nöralterapide amaç migren kaynağında regülasyon sağlamaktır. Migrenli hasta bütünsel bakış açısı ile değerlendirildiğinde; kas iskelet sistemi, üst servikal geçiş problemleri, diş çene kompleksi, BFB, hormonal disfonksiyon, toksik yüklenmeler, latent asidoz ve mevcut sıvı tüketimi gibi parametreler dikkate alınmalıdır.

Bu hasta grubunda BFB %89,2 (25 hasta) ile en sık karşılaştığımız problemdir. BFB toksik yüklenmeyle direkt veya organsal olarak migrene kaynaklık edebilir. Yapılan çalışmalarda barsak flora bozukluğunun neden olduğu, gıda intoleransı bulunan hastalarda migren görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir.

Nöralterapi bakış açısıyla BFB öncelikle beslenme alışkanlıklarını değişimi, barsak florasının desteklenmesini gerektirir. Lokal ve segmental nöralterapi uygulanmalı, başarısız olunan olgularda, ganglion stellatum, ganglion oticum, ganglion pterygopalatinum ve özellikle sağ ganglion coliacus blokajı tedaviye dahil edilmelidir.

Geçirilmiş diş tedavileri %75 (21 hasta), TME disfonksiyonu ise %42,8 (12 hasta) oranlarında belirlenmiştir. Diş çene kompleksi trigeminal ganglion ve kranial sinir bağlantıları ile ağrı kaynağı haline gelebilmektedir. Nöralterapi pratiğinde dişler trigeminal sistem ile yakın ilişkileri ve mikrosistem nedeniyle en sık bozucu alan kaynağı haline gelebilen yapılar

olarak değerlendirilmektedir. TME disfonksiyonu bulunan hastalarda bas ağrısı görülme sıklığının yüksek olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Lokal ve segmental nöralterapi uygulanmalı, başarısız olunan olgularda, ganglion stellatum, ve ganglion pterygopalatinum blokajı tedaviye dahil edilmelidir.

Hormonal disfonksiyon %71,4 hastada mevcuttur. Özellikle kadın hastalarda menstruel dönem ve eşlik eden BFB ile bağlantılıdır.

Nöralterapi ile olan yaklaşımda, ağrının yansıma alanlarına göre lokal olarak servikal paravertebral kaslar, sinir çıkışları, trigger noktaları, Hopfer'e göre kafatası etrafına quadel ve servikal segmentin enjeksiyonu ile tedaviye başlanmalıdır. Sorunun kaynağı hormonal olduğunda hormon ekseninin (tiroid, bilateral çölyak, frenkhausen ve prostat enjeksiyonu) nöralterapi protokolüne dahil edilmesi son derece önemlidir. Jinekolojik bölgede bozucu alanı olan veya olduğu düşünülen tüm hastaların (sezaryen skarı, kürtaj vb) tedavi protokolüne bozucu alan eliminasyonu eklenmelidir.

Üst servikal omurga (C2) blokajı %42,8 (12 hasta) oranında görülmüştür. C2 blokajında, N. Oksipitalis Major (GON) etkilenerek, dura aracılığıyla etkilediği trigeminal sinir bağlantılarını ağrı kaynağı haline getirebilir (5,6,7)

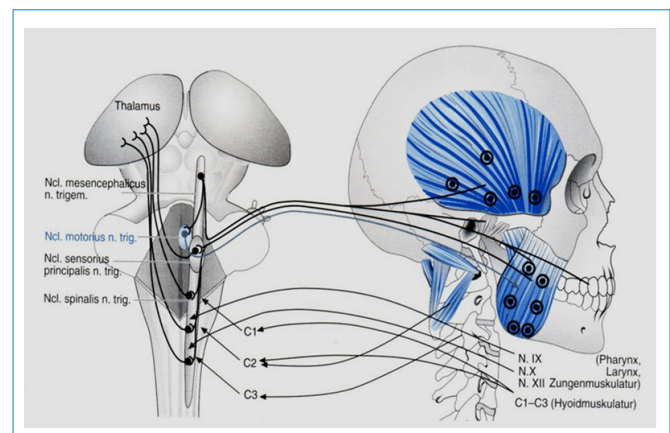
Servikal kaynaklı migren de asıl tedavi kombinasyonu manuel tıp ve nöralterapi olmalıdır. Tespit edilen blokajın mobilizasyonu ve manipülasyonu çok önemlidir. Mekanik blokaj kaldırıldıktan sonra yapılan bir nöralterapi uygulaması sorunu kaynağından çözer (5).

Nöralterapi uygulamaları açısından, bu bölgede yer alan tüm kaslar çok iyi muayene edilmelidir. Tespit edilen tüm aktif miyofasiyal trigger noktaları lokal anestezi ile enjeksiyon, lokal ve segmental, NT, ganglion stellatum blokajı bu durumda çok etkindir. Bozucu alanların eliminasyonu sonrası eğer hastanın klinik tablosuna vertigo, kulakta dolgunluk ve uğultu eşlik ediyorsa Hopfer tacı yaklaşımıyla nöralterapi yapılmalıdır.

Çalışmamızda limitasyonlarımız; retrospektif dosya taraması olması, hasta sayısının az olması, migrenin altgruplara ayrılmamış olmasıdır.

Tablo 1 | Hasta verileri.

Yaş (Kadın / Erkek) (Yıl)	55 ± 27 / 56 ± 30
Kadın / Erkek (n)	23/5
Barsak Flora Bozukluğu (n)	25
Geçirilmiş Diş Tedavisi (n)	21
Hormonal Disfonksiyon (n)	20
TME (n)	12
Üst servikal kısıtlılık (C2 blokaj) (n)	12
Günlük su tüketimi (L)	1.6 ± 0,8



Şekil 1 | Diş çene kompleksi trigeminal ganglion ve kranial sinir bağlantıları.

Migren hastaları, bütünsel yaklaşım ve nöralterapi bakış açısıyla değerlendirildiğinde multifaktöriyel nedenler karşımıza çıkmaktadır. Nöralterapi yaklaşımı ile uygulanacak tedaviler “semptomatik” değil, bizi sorunun kaynağında regülasyon sağlamaya yöneltecek ve tedavide başarıyı getirecektir.

Kaynaklar

1. Charles A. The evolution of a migraine attack - a review of recent evidence. *Headache*. 2013; 53:413–419.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33:629–808.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380:2163–2196.
4. Smitherman TA, Burch R, Sheikh H, Loder E. The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: a review of statistics from national surveillance studies. *Headache*. 2013; 53:427–436.
5. Nazlıkul H. Nöralterapi ve Regülasyon Tıbbına Göre Migren Tanımı ve Tedavisi. *BARNAT* 17,10-17.2013
6. Rees T, Watson D, Lipscombe S. A Prospective Audit of Food Intolerance among Migraine Patients in Primary Care Clinical Practice. *Headache Care*. Vol 2, No 2, 105-110. 2005.
7. Lorduy MK, Dougall LA, Haggard R, MS, The Prevalence of Comorbid Symptoms of Central Sensitization Syndrome Among Three Different Groups of Temporomandibular Disorders. *Pain Practice*. Early View. 2014.