

BÖLÜM 10

Migren Kliniği

Babür DORA¹

GİRİŞ

Migrenin başlangıç yaşı genellikle 15-25 yaşlar arasındadır. Ancak bebeklik çağında veya 80 yaşından sonra başlayan vakalar da bildirilmiştir.

Migren tipik olarak ataklar şeklinde gelen bir rahatsızlıktır. Sık ataklarda veya kronik migrende hastalar bazen atak aralarında da bazal bir rahatsızlık hissettiklerinden ağrı kesilmiyormuş gibi gelebilir. Epizodik migrende ağrı sıklığı ayda 14 ve altındadır. Bazı hastalar ömürleri boyunca birkaç atak geçirebilirler. Median atak sıklığı ayda 1,5'tur. Migrenlilerin %10'u haftada bir ve daha fazla atak geçirirler. Kronik migrende hastanın en az 3 ay boyunca ayda 15 gün ve üzerinde baş ağrısı vardır. Bu baş ağrılarının en az 8'i migrenöz özellikleri karşılıyor olmalıdır.

Migren ömür boyu süren kronik bir rahatsızlıktır. Dolayısıyla ileri yaşlarda bir epizodik migren hastası onyıllardır migreni olduğunu söyleyebilir. Bu süreye bakarak hastaya "kronik migren" denilmemelidir. Kronik migren tanısı aylık baş ağrısı günü sayısı ile ilişkilidir.

Migren tanısının konulabilmesi için hastanın aynı tarz ağrıları en az 5 kez yaşamış olması gerekmektedir. Yeni başlayan bir baş ağrısında sekonder baş ağrıları mutlaka ekarte edilmelidir.

Tipik bir migren atağı 4 dönemden oluşmaktadır. Prodrom, aura, ağrı ve postdrom dönemleri. Bu dönemlerden hiçbiri her atakta bulunmak zorunda değildir. En tutarlı olarak görülen ağrı dönemidir ancak baş ağrısı olmayan migren atakları da bulunabilir. (Tablo-1)

Tablo-1: Dönemlerin varlığına göre migren tiplerinin isimlendirilmesi

Prodrom dönemi	Aura dönemi	Ağrı dönemi	Postdrom dönemi	Migren tipi
Var/Yok	Yok	Var	Var/Yok	Aurasız Migren
Var/Yok	Var	Var	Var/Yok	Auralı Migren
Var/Yok	Var	Yok	Var/Yok	Baş ağrısız Migren Aurası
Var	Yok	Yok	Var/Yok	Migren olarak tanımlanmamış

¹ Prof.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD



MİGREN TANISININ KONULMASI

Migren tanısının konulmasında hiç bir laboratuvar ya da görüntüleme yöntemi iyi alınmış bir anamnezin yerini tutamaz. Migren tanı kriterleri ICHD sınıflamasında netleştirilmiştir ve bu kriterlerden birinin tutmaması durumunda hastaların olası aurasız/auralı migren olarak sınıflandırılması ve tedavisinin migren gibi yapılması önerilmektedir. Her ne kadar bu kriterler migren tanısının kesin olarak konulmasında önemli gibi gözükse de klinik pratikte migren hastaları daima bu formatlara uymazlar ve hekim olası primer/sekonder başağrıları içerisinde hastaya en uygun olanı yakıştırmak zorunda kalmaktadır.

Klasik klinik belirtilere sahip, birkaç yıldır devam eden bir migrenin tanısını koymak kolaydır ve fazla ayırıcı tanı gerektirmez

Migren anamnezi veren bir hastada ayırıcı tanı şu durumlarda önemlidir:

- Yeni başlangıçlı migrenöz semptomlar
- 50 yaşından sonra başlayan migrenöz başağrıları
- Atipik klinik bulgular
- Sürekli aynı taraflı migren başağrısı
- Çok şiddetli veya şiddeti giderek artan migren atakları
- Migren epilepsi birlikteliği varsa
- Özel auralı migren tipleri (Beyinsapı, hemiplejik, konfüzyonel migren)
- Açıklanamayan nörolojik muayene bulgusu
- Travma sonrası başlamış olması
- Uzamış, persistan aura semptomları
- Başağrısız aura

Hekim gerektiğini düşündüğü veya şüphe de kaldığı durumlarda ayırıcı tanıyı yapabilmek amacıyla gerekli gördüğü görüntüleme veya laboratuvar testlerine başvurmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Couch JR Jr, Diamond S. Status migrainosus: causative and therapeutic aspects. *Headache* 1983 May;23(3):94-101.
2. Dodick DW, Silberstein SD. *Migraine*. Oxford University Press, New York, USA, 2016.
3. Dodick DW. *Migraine*. *Lancet* 2018; 391:1315–30
4. Dora B, Demir-Dora D. Kapımda 100 hasta beklerken: Başağrısı. *Istanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul*, 2017.
5. Dora B; Yılmaz N, Apaydın Doğan E, Özdemir-Karahasan C, Türkyay Intergender differences in triggering factors among different subtypes of migraine and tension type headache. *M. J Neurol Sci [Turkish]*-2010; 27(4):386-394
6. Giffin NJ, Ruggiero L, Lipton RB, Silberstein SD, Tvedskov JF, Olesen J, Altman J, Goadsby PJ, Macrae A. Premonitory symptoms in migraine: an electronic diary study. *Neurology* 2003 Mar 25;60(6):935-4
7. Grosberg BM, Solomon S, Friedman DI, Lipton RB. Retinal migraine reappraised. *Cephalalgia* 2006 Nov;26(11):1275-86.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. *Cephalalgia* 2013; 33(9):629–808
9. Kelman L. The postdrome of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2006 Feb;26(2):214-20
10. Marcus DA, Scharff L, Turk D, Gourley LM. A double-blind provocative study of chocolate as a trigger of headache. *Cephalalgia* 1997 Dec;17(8):855-62
11. Marcus DA. Treatment of status migrainosus. *Expert Opin Pharmacother*. 2001 Apr;2(4):549-55.
12. Schulte LH, Jürgens TP, May A. Photo-, osmo- and phonophobia in the premonitory phase of migraine: mistaking symptoms for triggers? *J Headache Pain*. 2015 Feb 15;16:14
13. Young WB, Silberstein SD. Migraine: Spectrum of symptoms and diagnosis. *Continuum Neurology* 2006; (12):67-86.