



BÖLÜM 6

MİGREN TİPLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Musa TEMEL¹

GİRİŞ

Migren terminolojik olarak Yunancada 'hemikranios' olarak bilinen ve 'başın yarısı' anlamına gelen kelimedenden köken alır. Bunun sebebi hastaların %60-70'inde unilateral baş ağrısı olmasıdır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 27.9 milyon migren hasta bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu hastaların %90'ından fazlasında ise atak esnasında günlük işlevsellikte kayıp olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise toplumun %16'sında migren olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre daha siktir. Her iki cinsiyette de pik dönem 4. dekattır.

Baş ağrıları ataklar halinde gelir ve süresi kişiden kişiye değişmekle birlikte ortalama 4-72 saat arasında sürer. Ağrılar çoğunlukla tek taraflıdır ancak bilateral başlangıçlı veya unilateral başlangıç sonrası bilateral yayımlı olabilir. Frontotemporal bölgede ağırlıklı olmak üzere şiddetli ve zonklayıcı bir ağrı tariflenir. Işık, ses ve koku hassasiyeti siktir. Hastaların hepsinde tüm evreleri birden görülmesi bile genel olarak prodrom, aura, ağrı ve postdrom olmak üzere 4 evresi bulunmaktadır.

Migren tipleri sıklık, karakter, şiddet, fokal nörolojik bulgunun eşlik edip etmemesi ve ilişkili semptomlar göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır.

¹ Uzm. Dr., Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mdmusatemel@hotmail.com



Benign Paroksizmal Vertigo

Gastrointestinal semptomlar dışında bazı çocuklarda ani gelişen dakikalar içerisinde son bulan vertigo atakları da meydana gelebilir. Bu hastalar benign paroksizmal vertigo olarak değerlendirilirler. Ataklara ataksi, nistagmus, ürkeklik, solukluk, kusma gibi semptomlardan en az birisi eşlik eder. Atak esnasındaki nörolojik muayene ve odiyometrik değerlendirmeler ise normaldir. (17)

Benign Paroksizmal Tortikollis

Nadir olarak bazı çocuklarda da kırgınlık, solukluk, irritabilite, ataksi, bulantı, kusma gibi semptomların eşlik ettiği tortikollis atakları olabilir ve bu hastalar benign paroksizmal tortikollis olarak değerlendirilirler. Ataklar biranda başlar ve spontan olarak sonlanır. Ataklar arasında ise nörolojik muayeneler normaldir.(1,18)

SONUÇ

Migren toplumda sık görülen, işlevselliği ve yaşam kalitesinin ciddi oranda etkileyen bir hastalıktır. Primer baş ağrıları içerisinde önemli bir yer kaplamaktadır. Tedavi ile hastaların semptomları büyük ölçüde kontrol altına alınabilmektedir. Doğru zamanda doğru tedavi uygulamalarının başlanması için ise migren tanısının ve ağrı kategorizasyonunun optimal şekilde yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Olesen J. HeadacheClassificationCommittee of the International HeadacheSociety (IHS) The International Classification of HeadacheDisorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1): 1–211. doi:10.1177/0333102417738202
2. Bj M, Olesen J, Russellrn. *A nosographicanalysis of themigraineaura in a general population*. Brain. 1996.
3. Kelman L. *ThePremonitorySymptoms (Prodrome): A TertiaryCareStudy of 893 Migraineurs*.
4. Blau JN. *Migraine: theories of pathogenesis*.
5. Wöber-Bingöl Ç, Wöber C, Karwautz A, et al. *UKCHA Cephalalgia 1468-2982Blackwell Science*. OriginalArticleClinicalfeatures of migraineÇWöber. Blackwell Publishing Ltd-Cephalalgia, 2004.
6. Cutrer FM, Huerter K. *Migraineaura*. [Online] Neurologist. 2007. p. 118–125. doi:10.1097/01.nrl.0000252943.82792.38
7. Fisher CM. *OriginalArticlesLate-Life (Migrainous) ScintillatingZigzagsWithoutHeadache*:



- OnePerson's 27-Year Experience.*
8. Eriksen MK, Thomsen LL, Andersen I, et al. *Clinical characteristics of 362 patients with familial migraine with aura. Cephalalgia*, 2004, 24, 564–575
 9. Lipton RB. *Tracing transformation Chronic migraine classification, progression, and epidemiology. Neurology* 2009;72;S3
 10. Katsarava Z, Manack A, Yoon MS, et al. *Chronic migraine: Classification and comparisons. Cephalalgia*. 2011;31(5): 520–529. doi:10.1177/0333102410383590
 11. Beltramone M, Donnet A. *Status migrainosus and migraine aura status in a French tertiary-care center: An 11-year retrospective analysis. Cephalalgia*. SAGE Publications Ltd; 2014;34(8): 633–637. doi:10.1177/0333102414520763
 12. Laurell K, Artto V, Bendtsen L, et al. *Migrainous infarction: A Nordic multicenter study. European Journal of Neurology*. 2011;18(10): 1220–1226. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03364.x
 13. Santos Bento M, Esperança P. *Migraine With Prolonged Aura.*
 14. Davies PTG, Panayiotopoulos CP. *Migraine triggered seizures and epilepsy triggered headache and migraine attacks: A need for re-assessment.* [Online] *Journal of Headache and Pain*. 2011. p. 287–288. doi:10.1007/s10194-011-0344-2
 15. Kumar N, Bashar Q, Reddy N, et al. *Cyclic Vomiting Syndrome (CVS): is there a difference based on onset of symptoms-pediatric versus adult?.* [Online] 2012. <http://www.biomed-central.com/1471-230X/12/52>
 16. Abu-Arafeh I, Russell G, Abu-Arafeh I. *Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache.* [Online] *Archives of Disease in Childhood*. 1995. <http://adc.bmj.com/>
 17. Drigo P, Carli G, Laverda AM. *Benign paroxysmal vertigo of childhood.* [Online], 2007. www.elsevier.com/locate/braindev
 18. Greene KA, Lu V, Luciano MS, et al. *Benign paroxysmal torticollis: phenotype, natural history, and quality of life. Pediatric Research*. Springer Nature; 2021;90(5): 1044–1051. doi:10.1038/s41390-020-01309-1