

DERS NOTU

Tanım:

Migren nörovasküler bir baş ağrısıdır; vasküler yapılardaki değişiklikler trigeminovasküler sistemin aktivasyonu sonucu gelişir. Migren kadınlarda daha sık görülür. Temel olarak aurasız ve auralı migren olarak iki alt ana tipi vardır; auralı migrenin aurasız migrenden farkı aura görülmesidir. Migren söz konusu olduğunda en az 5 dk içinde artarak gelişen fokal nörolojik semptomlara aura denir. Aura sıklıkla baş ağrısı başlamadan önce görülür, bazen baş ağrısı sırasında da görülebilir. Görsel, somatosensoryal (duysal) konuşma ve /veya lisan bozukluğu, motor, beyin sapı ve retinal auralar tanımlanmıştır.

Migren hastalarının %60 kadarında ağrıdan önceki 24-48 saat döneminde bazı prodromal belirtiler tanımlanır; aşırı sinirlilik veya tam tersine sedasyon hali, iştahta artış veya azalma, uykuda artış veya uykusuzluk gibi semptomlardır bunlar. Arkasından auralı migren için aura evresi gelir; aurayı baş ağrısı evresi izler. Migren ağrısı genellikle başlangıçta hafiftir ancak 1-2 saat içinde zirve seviyesine ulaşır.

Aurasız migren tanı kriterleri

Ağrı süresi: 4-72 saat

Aşağıdaki 4 maddeden en az ikisini karşılamalı:

- o Yerleşimi unilateraldir(% 80)
- o Karakteri zonklayıcıdır (pulsatil; nabızla senkronize olarak ağrı şiddetlenir)
- o Şiddeti orta şiddette veya çok şiddetlidir
- o Fiziksel aktivitelerle ağrının şiddeti artar (% 80)

Şu iki maddeden en az birini karşılamalı:

- o Ağrı sırasında fotofobi ve fonofobi görülür (% 95)
- o Ağrı sırasında bulantı ve/veya kusma görülür (% 70)

Migren ağrısını taklit edebilecek diğer nedenler dışlandıktan sonra yaşam boyu en az 5 atak geçiren hastaya aurasız migren tanısı konur.

Auralı migren: Dört alt tipi vardır:

- o Tipik auralı migren
- o Beyin sapı auralı migren
- o Hemiplejik migren
- o Retinal migren

Aura 5-60 dk sürer; baş ağrısı sıklıkla aurayı takiben 1 saat içinde başlar; bazen auraya eşlik eder. Auralı migren diyebilmek için hasta en az bir aura tanımlamalıdır. Birden fazla aura varsa hepsi aynı anda başlamaz, birbirlerini takip ederler.

Auralı migreni olan hastalarda her auranın ardından baş ağrısı başlamayabilir; bu durumda baş aurasız migren aurası tanısı konur. Auralı migreni olan hastalarda aurasız migren de görülebilir.

Tipik Auralı Migren: Bu hastaların % 99'unda homonim pozitif veya negatif vizüel fenomenler vardır. Her iki görme alanının bir yarısında parlak zikzak şeklinde ışıklı çizgiler (*fortification spectra, teichopsia*) veya belirli bir patern oluşturmayan parlak noktalar (fotopsi) görülür; bunlar pozitif vizüel fenomenlerdir. Hemianopsi ve kadranopsi ise negatif vizüel fenomenlerdir. Hastaların %30 kadarında unilateral pozitif veya negatif somatosensoryal fenomenler görülür (karıncalanma, uyuşukluk gibi..). Konuşma/lisan bozuklukları (disartri/disfazi) aura olarak daha seyrek görülür.

Beyin Sapı Auralı Migren: Görsel, duysal, konuşma ve lisan auralarından en az biri görülmelidir; buna ek olarak vertigo, tinnitus, hipoakuzi, diplopi, ataksi, bilinç bozukluğu, dizartri semptomlarından en az ikisi aura olarak tanımlanmalıdır.

Hemiplejik Migren: Görsel, duysal, konuşma ve lisan auralarından en az biri görülmelidir; buna ek olarak hemipleji olur; hemipleji 72 saate kadar uzayabilir.

Retinal Migren: Tipik auralı migrenden farkı pozitif veya negatif vizüel fenomenlerin monoküler görme alanında görülmesidir.

Kronik Migren: Bir kişinin ayda en az 15 kez baş ağrısı olup bu ağrıların en az 8 tanesi migren özelliklerini taşıyorsa ve bu durum en az 3 aydır devam ediyorsa kronik migren tanısı alır.

Migren komplikasyonları:

Status migrenozus: Migren ağrısının 72 saatten uzun sürmesidir.

Migrenöz infarkt: Auranın 60 dakikadan uzun sürüp beyin görüntülemesinde aura alanında infarkt saptanmasıdır.

İnfarkt olmaksızın kalıcı aura: Auranın 1 haftadan uzun sürmesi ancak beyinde infarkt saptanamaması durumudur.

Aura ile tetiklenen epileptik nöbet: Bazı auraların ardından migren ağrısı başlarken diğerlerinin ardından epileptik nöbet görülmesidir.

Migrene eşlik edebilen epizodik semptomlar: Siklik kusma sendromları veya abdominal migren şeklinde tekrarlayıcı gastrointestinal bozukluklar, benin paroksizmal vertigo ve benin paroksizmal tortikollis migrenlilerde daha siktir.

Migrenli Hastaya Öneriler: Migrenli hastalara şu önerilerde bulunulmalıdır:

- o Stresten kaçının
- o Düzenli ve yeterli uyuyun; hafta sonları fazla uyumayın
- o Düzenli egzersiz yapın ama aşırı yorgunluktan kaçının
- o Öğünleri atlamayın
- o Diyetinizden baş ağrınızı tetiklediğini düşündüğünüz maddeleri uzaklaştırın
- o Parlak ışık, aşırı gürültü, yoğun kokular atağınızı tetikliyorsa bunlardan uzak durun
- o Oral kontraseptif kullanımı ağrıları arttırabilir; böyle bir durum söz konusu ise kesilmesi uygundur

- o Dik durun
- o Kaşlarınızı çatmayın, çenenizi sıkmayın, gevşeyin

Migren Atak Tedavisi: Migren ağrısını geçirmeye yönelik tedavidir. Bu amaçla basit analjezik/NSAİ ilaçlar veya antimigren ilaçlar kullanılır. Antimigren ilaçların genel analjezik özellikleri yoktur; migrene spesifiktirler. Basit analjezik/NSAİ ilaçlar ağrı başladıktan sonra erken evrede kullanılmalıdır; migren ağrısı şiddetlendikten sonra bu ilaçlar ağrıyı geçirmede yetersiz kalabilirler. Bu ilaçların optimal dozda kullanılmaları da önemlidir; örneğin aspirin ve parasetamol için başlangıç optimal dozu yaklaşık 1000 mg dır; ağrı 1-2 saat içinde geçmezse tekrar ilaç alabilir. Bir NSAİ ilaca yanıt yoksa başka birine yanıt verebilir yani grup içinde farklı ilaçlar denenebilir.

Ergo alkaloidleri ve triptanlar antimigren ilaçlardır. Ergo alkaloidlerinden ergotamin 5HT1B (vazokontrüksiyon yapar), 5HT1D (trigeminal nörotransmisyonu inhibe eder), dopamin ve nörepinefrin reseptörlerine agonistik etki gösterir. Vazokonstriktif etkisi yüzünden MI'ya bağlı ölümler gelişebilmektedir. Kronik kullanımı ergotamin aşırı kullanımı baş ağrısı, periton/plevra fibrozisi yapabilir. Kalp/böbrek yetersizliği, venöz/arteriyel yetersizlik olanlarda kullanılmamalıdır. Ergotamin alımının üzerinden 24 saat geçmeden triptan verilmemelidir. Dihidroergotamin, ergotaminin yarı sentetik formudur. Parenteral formunun olması özellikle bulantı/kusması olan hastalarda avantajdır ancak Türkiye'de yoktur.

Triptanlar serotonin agonistleridir: 5HT1B reseptörleri üzerinden vazokontriksiyon, 5HT1D/1F reseptörleri üzerinden nörojenik inflamasyon inhibisyonu ve bu 3 reseptör üzerinden ağrı iletiminde inhibisyon yaparlar. Adrenerjik etkileri yoktur.

Status Migrenozus Tedavisi: 72 saatten uzun süren migreni olan hasta bu süre içinde bulantı/kusma nedeniyle dehidrate olmuşsa mutlaka IV sıvı takılmalıdır. Bundan sonra elde çeşitli seçenekler mevcuttur; hangisinin seçileceği hastanın genel tıbbi durumuna, yaşına, maddi durumuna göre belirlenir.

Parantral NSAİ bir ilaç (örneğin yavaş IV enjeksiyon yoluyla metamizol) uygulanabilir. Genç hastalarda NSAİ' a yanıt yoksa Sumatriptan 6 mg SC veya ileride Türkiye'de bulunabilirse Dihidroergotamin 0,6-1 mg IV verilebilir. Yüksek tansiyonu olan veya yaşlı hastalarda Proklorperazin 5-10 mg IV, Klorpromazin 0,1mg/kg IV uygulanabilir. Parenteral steroid mecbur kalınırsa verilebilir. Opioidlerden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.

Migrende Proflaktik Tedavi: Ayda en az 3 migren atağı geçirenlere proflaktik tedavi uygulanır. Bu amaçla beta blokerler (özellikle propranolol), antiepileptik ilaçlar (valproat, topiramet, gabapentin, karbamazepin), trisiklik antidepressanlar (özellikle amitriptilin), Ca kanal blokerleri (özellikle flunarizin olmak üzere verapamil, nicardipin, nimodipin), anjiyotensin res.blokerleri (candesartan), anjiyotensin res.inhibitörleri (lisinopril) kullanılabilir. Astması olmayan çalışan hastada propranolol ilk seçenektir. Pizotifen ve metiserjid gibi antiserotonin ilaçlar (5HT7 ve 5HT2B) damar endotelinden NO salınımını engelleyerek nörojenik inflamasyonu baskırlar; bu ilaçların kronik kullanımı retroperitoneal fibrozis yaptığından kullanılmaları önerilmez.

Migren proflaktik tedavisinde yaklaşım GTBA daki gibidir. Yani tedavi öncesinde hasta 1 aylık ağrı günlüğü tutmalıdır; en az 3 atağı varsa hastanın genel tıbbi durumuna uygun düşen bir ilaç başlanır; bu ilaçların etkisi 4-6 haftada başlar; ağrı sıklık ve şiddetinde en az %50 oranında azalma elde edilmesi tedavinin etkili olduğunu gösterir. İlaç etkinliği için ilaç dozu hastanın tolere edebildiği maksimum doza kadar çıkılabilir; yanıt yoksa ilaç değiştirilir. Bazı durumlarda ilaç kombinasyonları yapılabilir. Tedavi etkin olunca ilaç dozu yavaşça azaltılmalı, ağrılarının artması durumunda bir önceki doza geri dönmelidir; tedavinin süresi hastanın tedaviye verdiği yanıtla göre belirlenir.

Menstürel Migrende Proflaktik Tedavi: Sadece menstrüasyon döneminde migreni olan hastalara baş ağrısı başlamadan önce analjezik veya antimigren ilaçlardan birini almaları

önerilebilir. Çeşitli kaynaklarda hormon tedavisinden bahsedilmektedir ama elde yeterince profilaktik ilaç varken buna gerek yoktur.

MİGREN TANI VE TEDAVİSİNDE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİN ROLÜ

- o Migren tanısı koyabilmeli, alt tiplerini tanıyabilmelidir
- o Migren aura çeşitlerini bilmelidir; migren aurası tanısı koyabilmelidir.
- o Migren tetikleyicilerini bilmeli, tetikleyicilerden kaçınmanın önemini hastaya anlatabilmelidir
- o Migren atak tedavisinde kullanılan ilaçları bilmeli, gerektiğinde bunları uygulayabilmelidir
- o Status migrenozus tanısı koyabilmeli ve tedavisini yapabilmelidir
- o Profilaktik tedavide kullanılan ilaçları bilmelidir
- o Profilaktik tedaviyi izleyebilmelidir