

Çocuk ve Adölesanlarda Migren Tanısındaki Yenilikler

Current Approaches for Migraine in Children and Adolescents

Aycan Ünalp* Eray Dirik**

* Karşıyaka Devlet Hastanesi, İzmir

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İzmir

ÖZET

Çocuk ve adolesanlarda en sık görülen primer baş ağrılarında olan migren, geniş klinik spektrumu olan tekrarlayan baş ağrısıdır. Çocuk ve adolesanlarda okul kaybı ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilecek bir hastalık olduğundan doğru tanısının konulması ve uygun tedavisinin yapılması çok önemlidir. Hem ağrısız intervaller nedeniyle olguların doktora geç başvurması, hem de çocukluk yaş grubunda ön tanıda düşünülmediği için olguların çoğu uzun yıllar tanısız ve tedavisiz kalmaktadır.

Baş ağrılarının sınıflandırılmasındaki gelişmeler, migren tanı ve tedavisinin daha hızlı ve doğru olmasını sağladığı gibi, araştırmacılar arasındaki iletişimi de güçlendirmiştir. Ayrıca, kliniklerde bu hastalıkların daha iyi tanımlanmasına ve nosolojik araştırmaların yapılmasına imkan vermiştir.

Bu makalenin amacı, Uluslararası Baş ağrısı Derneği (UBD)'nin 2004 yılında geliştirdiği sınıflandırma kriterleri eşliğinde çocuk ve adolesanlarda migren baş ağrılarının tanısındaki yeniliklerin gözden geçirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, adolesan, migren, tanı kriterleri

SUMMARY

Migraine, which has a broad clinical spectrum of recurrent headaches, is one of the most frequently seen primary headaches in children and adolescents. Definite diagnosis and proper treatment of migraine, which may cause low life quality and school absenteeism are very important. Most of the patients remain without diagnosis and treatment, as well, since the patients are not referred to a physician on time due to long painless intervals. Also the diagnosis of migraine seems to be omitted by physicians because of the young age of the patients.

Improvements of the classification of headache disorders enable the authors to communicate better along with establishing better diagnostic methods and treatment modalities. This in turn contributes not only to a better recognition of the disorder in the clinics, but also to nosological researches that have improved the characterization of many headache disorders.

Here, we wanted to review the novelties in the diagnosis of childhood and adolescent migraine headaches with the guidance of the classification criteria developed by International Headache Society in 2004.

Key Words: Children, adolescent, migraine, diagnostic criteria

Başvuru tarihi: 14.07.2005

İzmir Tepecik Hast Derg 2006;16(1):1-6

1. MİGREN

Migren, semptomsuz aralıklarla yineleyen paroksizmal bir hastalıktır. Çocuklardaki görülme sıklığı 7 yaş altında %2.5, 7-15 yaş arasında %5-8, puberte sonrası %28'lere kadar çıkabilmektedir (1,2). Çocukluk çağında görülen migren ataklarının %62'si 13-19 yaştan sonra ortadan kalkabilir.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda çocuk ve adolesanlarda migrenin ön tanı olarak 'yaşlarının migren için çok küçük olduğu' gerekçeyle düşünülmediğini ortaya koymuştur (3).

Migren üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sayısı arttıkça, çalışmalar arasında standardizasyonun sağlanmasının önemi görülmüş ve yaygın olarak kabul gören tanı kriterleri ve sınıflandırmalar yapılmaya çalışılmıştır. İlk olarak 1960'da 'World Federation of Neurology' ve 'US National Institutes of Health' tarafından sınıflandırma yapılmıştır. 1988'de Uluslararası Baş ağrısı Derneği (UBD) ilk klasifikasyonlarını yayınlamışlardır (4). Bu sınıflamada migren atak süresi erişkinlerde 4-72 saat iken, 15 yaş altı çocuklar için bu süre 2-48 olarak belirlenmiştir. Winner ve ark. (5) 1997 yılında yaptıkları çalışmalar sonucunda pediatrik UBD kriterlerinde ağrı süresini 1-48 saat, ağrı lokalizasyonunu unilateral veya frontal veya bilateral temporal olarak değiştirmeyi önermişlerdir. Bugün için geçerliliğini koruyan 2004 yılında 2. kez düzenlenerek yayınlanan UBD- 2004 kriterleridir (6).

ULUSLARARASI BAŞAĞRISI DERNEĞİ SINIFLAMASI-2004

1. Migren: 1988 kriterleriyle karşılaştırılınca 2004 kriterlerinde auralı migren revize edilmiştir. Oftalmoplejik migren kriterleri 13. bölüm olan (kranial nöraljiler ve fasial ağrının santral nedenleri) bölümüne yer değiştirmiştir.

1.1. Aurasız Migren: Migrenin en sık görülen subtipidir. Atak sayısı en fazla olan ve auralı migrenden daha fazla işgücü kaybına neden olan migren tipidir. Aurasız migren 1988 kriterlerine göre 2004 kriterlerinde minimal olarak modifiye edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Aurasız migren tanı kriterleri.

Tanı kriterleri
A- B-D'yi içeren en az 5 atak ¹
B- 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmemiş veya başarısız tedavi yapılmış) ²⁻⁴
C- Aşağıdakilerin en az ikisinin eşlik ettiği baş ağrısı
1. Unilateral lokalizasyon ^{5,6}
2. Pulsatil karakter ⁷
3. Günlük aktiviteyi olumsuz etkileyen orta veya yüksek şiddet
4. Yürüme gibi fiziksel aktivitelerle agreve olma
D- Aşağıdaki semptomlardan en az birinin baş ağrısına eşlik etmesi
5. Fonofobi veya fotofobi ⁸
6. Bulantı ve/veya kusma
E- Başka bir hastalığın düşünülmemesi ⁹

Notlar:

- 1) Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısının sık olmadığı tipleri ayırt etmek zor olabilir. Aurasız migren kriterlerini karşılayan ancak 5 ataktan daha azına sahip olan kişiler olası aurasız migren olarak adlandırılır.
- 2) Hasta migren sırasında uykuya dalarsa ve iyileşmiş olarak kalkarsa uyanıncaya kadar geçen süre atak süresi olarak sayılır.
- 3) Çocuklarda atak süresi 1-72 saat sürebilir (2 saatin altında devam süresi olan tedavi edilmemiş çocuklara günlük verilerek tanı doğrulanmalıdır).
- 4) Üç aydan daha uzun bir zamandan beri ayda 15 günden fazla atakları olan aurasız migren kronik migren olarak kabul edilir.
- 5) Küçük çocuklarda migren genellikle bilateraldir, adult patemi olan unilateral ağrı patemi genellikle geç adolesan ve erken adult yaşamda başlar.
- 6) Migren baş ağrısı genelde frontotemporaldedir. Çocuklarda tek veya çift taraflı oksipital baş ağrıları nadirdir ve altta yatabilecek yapısal lezyonlar açısından ayrıntı tanı yapılmalıdır.
- 7) Pulsatil baş ağrısı zonklayıcıdan yürek vuruşuna kadar değişik şekillerde tanımlanabilir.
- 8) Küçük çocuklarda fotofobi ve fonofobi davranışlarından anlaşılabilir.
- 9) Öykü ve fizik muayenenin başka bir hastalığı düşündürdüğünde gerekli araştırmalarla ekarte edilmesi gereklidir.

1.2. Auralı migren (Klasik migren) Önceden kullanılan terimler: Oftalmik, hemiparesetik, hemiplejik, afazik migren veya komplike migren. Aura migren baş ağrısından hemen önce veya başlangıcında ortaya çıkan nörolojik semptomlar kompleksidir. Bazı hastalarda auralı ataklarla birlikte aurasız ataklar da bulunur. Bazen baş ağrısı aurasız migren kriterlerini karşılamaz ve bazen de baş ağrısı olmadan da migren aurası olabilir. Bu iki subform yeni tanımlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Auralı migren tanı kriterleri.

Tanı Kriterleri
A- Aşağıdaki kriterlerden B ve D'yi kaşılayan en az 2 atak olması
B- Aurada aşağıdakilerden en az biri olmalı (motor güçsüzlük olmadan) <ol style="list-style-type: none"> 1- Tam reversibl vizüel semptomlar: pozitif bulgular (titrek ışık, spot veya çizgiler) ve /veya negatif bulgular (görmenin kaybı gibi) 2- Tam reversibl sensoriyel semptomlar; pozitif bulgular (iğnelenme, karıncalanma) ve/veya negatif bulgular (hissizlik) 3- Tam reversibl disfazik konuşma bozukluğu
C- En az aşağıdakilerden 2'sinin varlığı: <ol style="list-style-type: none"> 1- Homonim vizüel bozukluk ve/veya unilateral duyu semptomları 2- En az 1 auranın 5 dk veya daha uzun süreli olarak bulunması veya iki veya daha fazla semptomun (auranın) 5 dakikadan fazla süreli olarak bulunması 3- Her semptomun 5 dakikadan uzun fakat 60 dk'dan daha uzun sürmemesi
D- Aurasız migren kriterlerinin aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde başlaması
E- Başka bir hastalığın düşünülmemesi

1.2.1. Migrenöz başağrısı ile birlikte tipik aura Tipik aura vizüel ve/veya duyuşsal ve /veya konuşma semptomlarından oluşabilir. Sürenin 1 saatin üzerinde olmaması, pozitif ve negatif bulguların birlikteliği ve tam iyileşmenin olması auranın karakteristikleridir.

1.2.2. Non-migren başağrısı ile birlikte tipik aura Başağrısı aurasız migren kriterlerini tam karşılamaz (orta-şiddetli gerilim tipi başağrısına benzer). Transient iskemik ataktan ayırt edilmesi gerekir. Bu ayırım için de araştırma gereklidir. Özellikle, negatif bulgular (hemianopi gibi) dominantısa veya aura uzamış veya çok kısa ise diğer nedenler ekarte edilmelidir.

1.2.3. Başağrısı olmadan tipik auranın olması Aura sırasında veya aurayı izleyerek 60 dakika içerisinde başağrısı ortaya çıkmaz. Vizüel ve/veya sensoriyel semptomlardan oluşan aura konuşma bozukluğu ile birlikte veya yalnız olabilir. Aşama aşama gelişiminin 1 saat-ten uzun sürmemesi, pozitif ve negatif bulguların birlikte olabilmesi ve tam iyileşebilmesi,

başağrısıyla birlikte olmayan auranın karakteristiğidir.

1.2.4. Familial hemiplejik migren (FHM) Baş ağrısı ile birlikte rekürrent hemiparezi görülmektedir. Hemiparezi başağrısından önce, başağrısı sırasında veya sonrasında görülebilir. Baş ağrısı genellikle hemiparezinin karşıt tarafında görülür. Orta karotis arterindeki vazokonstriksiyonun yarattığı iskemi hemipareziyle sonuçlanır. Atak hep aynı tarafta ise altta yatan vasküler bir anormallik düşünülmalıdır. Yeni genetik veriler bu hastalığın daha iyi anlaşılmasına yol açmıştır. Spesifik genetik subtipleri ayırt edilmiştir: FHM 1'de kromozom 19p13'un CACNA1A geninde ve FHM2'de kromozom 1'in ATP1A2 geninde mutasyon saptanmıştır (7,8). FHM1 genellikle basiler tip semptomlara sahiptir. Bazı ailelerde FHM ve klasik migren birarada bulunabilir ve bazı kişilerde migren tipleri alternan olarak görülebilir (9).

1.2.5. Sporadik Hemiplejik migren Auralı migrenle birlikte motor güçsüzlük vardır fakat 1 veya 2. derece akrabalarda motor güçsüzlükle beraber auralı migren öyküsü yoktur. 2004 sınıflaması içinde geçen yeni bir hastalıktır. Epidemiyolojik çalışmalar sporadik vakaların familial olanlarla aynı sıklıkta bulunduğunu göstermiştir. Atakların klinik karakteristiği de aynıdır. Sporadik vakalar nörogörüntüleme ve diğer testlerle diğer nedenlerden ayırt edilmelidir.

1.2.6. Baziler tip migren Yeni bir terimdir; basiler migren terimi yerine geliştirilmiştir. Değiştirilen yeni isim posterior fossa tutulumunu yansıtan bir semptom profilidir. Auralı migren semptomları vardır, fakat motor güçsüzlük yoktur. Eğer motor güçsüzlük varsa hemiplejik migren olarak adlandırılır. Adölesan kızlarda daha sık görülmektedir.

Baziler Migren Tanı Kriterleri

A- B-D Kriterlerini karşılayan en az 2 atak.

B- Aşağıdakilerden en az 2'sini karşılayan reversibl aura semptomları; Dizartri, vertigo, tinnitus, hipoakuzi, diplopi, her iki gözün hem temporal hem de nazal bölgelerinden simulta-

nöz vizüel semptomlar, ataksi, bilinç durumunun azalması, simultane bilateral paresteziler.

C- En azından aşağıdakilerden birisinin varlığı: Bir-beş dakikadan uzun süren en az bir aura semptomu ve/veya değişik aura semptomlarının 5 dakikadan uzun süreli olarak meydana gelmesi.

D- Aurayı izleyerek veya 60 dakika içinde B-D kriterlerini karşılayan aurasız migrenin başlaması.

E- Başka bir hastalığın düşünülmemesi düşündürmemesi gerekir.

1.3. Çocukların periyodik sendromları Migren olduğu bilinen ya da sonradan migrene dönüşebilen epizodik rekürrent nörolojik disfonksiyonlardır. Baş ağrısı olmayabilir veya varsa da belirgin değildir. Hastalarda genellikle ailede migren öyküsü vardır.

1.3.1. Siklik Kusma Genellikle izah edilemeyen bulantı ve kusma ile birlikte stereotipik, rekürren epizodik ataklar vardır. Ataklar solukluk ve letarji ile birlikte. Siklik kusma kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Ataklar arasında tam iyileşme vardır (10). Baş ağrısı olmayabilir. Gastrointestinal volvulus, malrotasyon, metabolik hastalık ve posterior fossa tümörü ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Siklik Kusma Tanı Kriterleri

A- Kriter B ve C' yi karşılayan en az 5 atak.

B- 1 saat-5 gün sürebilen yoğun bulantı ve kusmanın olduğu epizodik ataklar.

C- Ataklar sırasında en az 1 saat boyunca saatte 4 kez kusma olur.

D- Ataklar arasında semptom olmaması.

E- Başka bir hastalığın düşünülmemesi: Öykü ve fizik muayenenin gastrointestinal bir hastalığı düşündürmemesi gerekir.

1.3.2. Abdominal Migren Genellikle çocuklarda görülen idiyopatik rekürren bir hastalıktır. 1-72 saat süren orta hatta abdominal ağrı atakları olur. Epizodlar arasında normaldirler. Ağrı orta şiddettedir.

Abdominal Migren Tanı Kriterleri

A- Kriter B-D' yi karşılayan en az 5 atak.

B- Abdominal ağrı ataklarının 1-72 saatte sonlanması.

C- Abdominal ağrının aşağıdaki karakterlerin tümünü taşıması.

1- Orta hatta lokalizasyon: Periumblikal veya iyi lokalize edilememesi,

2- Durgun ve kızgın olması,

3- Orta veya şiddetli yoğunlukta olması.

D- Abdominal ağrı sırasında en az aşağıdakilerden 2'sinin olması:

Anoreksi, bulantı, kusma, solukluk.

E- Başka bir hastalığın düşünülmemesi gerekir.

1.3.3. Benign Paroksizmal Vertigo Bu heterojenöz hastalık tekrarlayan kısa epizodik vertigo atakları ile karakterize, önceden sağlıklı çocuklarda uyarıcısı olmadan gelen bir hastalıktır. Genellikle 2-6 yaş arasında görülür. Vertigo ani başlar, bilinç kaybı olmaz. Tanı için uyarıcısı olmadan ve dakikalar, saatler içinde spontan olarak rezolve olan, multipl şiddetli vertigo ataklarının en az 5 kez olması, nörolojik muayene, odyometrik, vestibüler fonksiyonların ve EEG'nin normal olması gereklidir. Posterior fossa tümörleri ile ayırt edilmelidir. Bu hastalarda ileride aurasız migren gelişebilir. Kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır ve prognoz iyidir (11). Genellikle nistagmus ve kusma eşlik eder. Bazı ataklarda tek taraflı zonklayıcı başağrısı olabilir.

1.4. Retinal migren Retinal arter embolisi, ileri incelemelerle dışlandıktan sonra, atak sırasında muayene ile izlenebilen veya hasta tarafından çizilebilen, 60 dakikadan kısa sürede tamamen geri dönüşlü mono-oküler skotom veya körlük, bu semptomu 60 dakikadan kısa süre içinde izleyen baş ağrısı ile karakterizedir. Atak dışında oftalmolojik muayene normaldir (12).

1.5. Migren Komplikasyonları Migren atağı sırasında geçici nörolojik bulguların olduğu migren tipidir. Nörolojik bulgular intrakranial vazokonstriksiyon sonucu oluşan iskemi ve ödem nedeniyle oluşmaktadır. Komplike migrende

hastaların nörolojik bulguları genellikle geçicidir. Nadiren serebral infarkt sonucu kalıcı nörolojik sekeller kalabilir. Komplike migren tanısı koymak için hastanın EEG, MRI ve MRA tetkiklerinin yapılması gerekebilir. Anijografi nadiren gerekir.

1.5.1. Kronik Migren Üç aydan daha uzun bir süredir ayda 15 gün veya daha fazla süre migren baş ağrılarının olmasıdır. İlaç aşırı kullanımını öyküsü olmamalıdır. Çoğu kronik migren vakaları aurasız migren şeklinde başlar. Bundan dolayı kronisite epizodik migrenin komplikasyonu olarak sayılabilir. Kronisite gelişirse, baş ağrısının ataklar halinde gelmesi (epizodik) özelliği kaybolur.

1.5.2. Status Migrenosus Status migrenozus, tedaviye karşı baş ağrısının aralıksız 72 saatten uzun sürmesi veya ağrısız intervallerin 4 saatten az sürmesi olarak tanımlanır. Ataklar iş gücü kaybına neden olur. Uyku sırasında kesintiye uğraması ihmal edilebilir. Medikasyona bağlı olarak kısa süreli azalma da ihmal edilebilir. İlaç aşırı kullanımını da statusa neden olabilir.

1.5.3. İnfarkt Olmaksızın Persistan Aura Aura semptomlarının radyografik infarkt bulguları olmadan 2 haftadan daha fazla bir süredir devam etmesidir. Persistan aura semptomları nadir, fakat iyi bilinen bir durumdur. Genellikle bilateral ve aylar hatta yıllarca kalabilir. Diffüzyon MR ile migrenöz infarkt ve posterior lökoensefalopatiden ayırımı yapılmalıdır. UBD kriterlerine ilk defa ilave edilen nadir rastlanan migren formudur.

1.5.4. Migrenöz İnfarkt Migrenöz infarkt ise tipik migren atağı (bir veya birkaç aura ile birlikte) sırasında nörolojik defisit gelişmesi, bunun 7 günden uzun sürmesi ve görüntüleme yöntemleri ile tutulan alanın gösterilmesi ile tanı konan nadir bir durumdur.

1.5.5. Migrenin tetiği çektiği nöbetler Migren ve epilepsi paroksizmal beyin hastalıklarının prototipik örnekleridir. Postiktal dönemde migrene benzer baş ağrıları daha sık meydana gelmekle birlikte, bazen epilepsi migren atağının tetiği çekmesiyle meydana gelebilir (migralepsy).

Tanı kriterleri:

A- Auralı migren kriterlerini tam karşılaması

B- Migren aurası sırasında veya 1 saat içinde epileptik atağın meydana gelmesi.

1.1.6. Olası Migren Önceden migrenöz hastalıklar olarak adlandırılırdı. Migren kriterlerinin biri hariç diğerlerini karşılaması gerekir. Başka bir hastalığa bağlı migrene benzer baş ağrıları (semptomatik migren) bu ad altında toplanabilir.

Sonuç olarak, migren çocuk ve adolesanlarda en sık görülen primer baş ağrılarındandır. Net ve ayrıntılı bir öykü alınarak, sistemik, nörolojik muayene ve gerekli tetkikler sonucu organik hastalık bulgusu yoksa, migren tanısı konabilmekte ve UBD kriterlerine göre sınıflandırılmaktadır. Erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve adolesanlarda da okul kaybı ve ilaç aşırı kullanımına yol açabileceğinden migren baş ağrılarının tanısı ve sınıflandırılmasındaki yenilikler gözden geçirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Lipton RB. Diagnosis and epidemiology of pediatric migraine. *Curr Opin Neurol* 1997;10:231-6.
2. Lipton RB, Maytal J, Winner P. Epidemiology and classification of headache. In: Winner P, Rothner AD, editors. *Headache in children and adolescents*. Hamilton, London: BC Decker; 2001. p. 1.
3. Lee LH, Olness KN. Clinical and demographic characteristic of migraine urban children. *Headache* 1997;37:269-76.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8:1-96.
5. Winner P, Wasiewski W, Gladstein J, Linder S. Multicenter Prospective Evaluation of Proposed Pediatric Migraine Revisions to the IHS Criteria. *Headache* 1997;37:545-8.
6. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24:1-50.
7. Joutel A, Bousser MG, Biouesse V, Labauge P, Chabriat H, Nibbio A, et al. A gene for familial hemiplegic migraine maps to chromosome 19. *Nat Genet* 1993;5:40-5.

8. Ophoff RA, Van Erijk R, Sandkuijl LA. Genetic heterogeneity of familial hemiplegic migraine. *Genomics* 1994;22:21-6.
9. Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouwe MN, van Eijk R, Oefner PJ, Hoffman SM, et al. Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A. *Cell* 1996;87:543-52.
10. Fleishers DR. Cyclic vomiting syndrome and migraine. *J Pediatr* 1999;134:533-5.
11. Farquar HA. Abdominal migraine in children. *BMJ* 1956;1082-5.
12. Troost T, Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine and retinal migraine. In Olesen J, Tfelt-Hansen P,

Welch KMA editors. The Headaches. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000.p. 511-6.

Yazışma adresi:

Aycan ÜNALP
Karşıyaka Devlet Hastanesi
Çocuk Nörolojisi Polikliniği
Karşıyaka - İzmir
Tel : 0 232 238 70 97
GSM: 0 505 221 16 93
e-posta: aycanunalp@mynet.com
