

# Çocukluk Çağında Migren

Prof. Dr. Ayşe SERDAROĞLU\*

Çocukluk çağında baş ağrısı şikayeti sık rastlanılan bir doktora başvuru nedenidir. Okul çağı çocuklarında %20 oranında baş ağrısı görülür. Migren ise en sık rastlanan kronik ve tekrarlayıcı baş ağrısı nedenidir. Prevalansı %3-10.6 arasında değişmektedir. Migreni olan çocukların yarısından fazlasında daha sonra da migren atakları devam eder. Migren kızlarda daha sık görülür, ancak erkeklerde daha erken yaşlarda ortaya çıkar. Migreni olan çocukların %70'inde ailede migren hikayesi vardır. Migren tanısında uluslararası baş ağrısı cemiyetinin (IHS) kriterleri kullanılmaktadır. Bu kriterler aslında erişkinlere uygun olarak düzenlenmiş olup 15 yaş altında 4-72 saat yerine 2-48 saat alınması kararlaştırılmıştır. Bu kriterler yeniden gözden geçirilip bazı düzenlemeler yapıldıktan sonra aural ve aurasız migren olarak ikiye ayrılmıştır:

## Aurasız Migren

- A. B ve D'yi içeren en az 5 atak
- B. 2-48 saat süren baş ağrısı
- C. Baş ağrısının aşağıdakilerden en az ikisini içermesi
  1. Tek taraflı lokalizasyon
  2. Zonklayıcı özellik
  3. Orta şiddetli ya da şiddetli derecede olması
  4. Günlük fiziksel aktiviteyle ağrının artması
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi olmalı
  1. Bulantı ve/veya kusma
  2. Fotofobi ve fonofobi

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, ANKARA

### Auralı Migren

A. B'yi içeren en az 2 atak

B. Aşağıdakilerden en az üçünün olması

1. Fokal kortikal ve/veya beyin sapı bozukluğuna işaret eden bir veya daha fazla geri dönüşlü aura semptomu
2. En az bir aura semptomunun 4 dakikadan daha uzun bir sürede gelişmesi veya daha fazla semptomunun bunun ardından çıkması
3. Auranın 60 dakikadan uzun sürmemesi
4. Baş ağrısının 60 dakika içinde ortaya çıkması

Baş ağrısı aurdan önce veya birlikte başlayabilir.

### Klinik Tablo

Çocuklarda her yaşta görüldüğünden farklı klinik bulgularla gelebilir. Çok küçük çocuklarda kusma ve davranış değişiklikleri (irritabilite-letarji) en sık bulgulardır. Tüm yaş gruplarında migren intermitan bir hastalıktır. Lateralize baş ağrısı, bulantı, görsel aura ve ailede migren öyküsü en önemli bulgulardır. Ağrı sırasında yüzde kızarma, solma, bayılma ve diğer vazomotor bulgular eşlik edebilir. Ayrıca irritabilite, uyku bozuklukları ve aşırı uyku görülebilir. Migrenli çocuklarda %28 oranında uyku da yürüme tesbit edilmiştir. Karın ağrısı, bulantı ve kusma bazen en belirgin bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Migrenli çocukların %45'inde araç tutması bildirilmektedir. Baş ağrısı sıklıkla frontal bölgede ve bilateraldir. Aurasız migren çocuklarda daha sıktır. Yorgunluk, stress ışık, adet görme, parfüm, ateş, küçük kafa travmaları, uykusuzluk, öfke, bazı yiyecekler, ilaçlar ve eksersiz gibi nedenler sık rastlanan migren uyarıcılarıdır. Auralı migrende semptomlar bilişsel, görsel, duysal ya da değişik derecelerde motor bulgularla birlikte görülür. Auralar skotom, ışık çakması, parlak ışık gibi görsel halüsinasyonlar şeklinde olabilir. Ağrı 1-48 saat kadar sürebilir.

### Komplike Migren

Migren ataklarıyla birlikte geçici nörolojik değişiklikler vardır. Bu semptomların intrakraniyal vazokonstriksiyona sekonder geliştiği kabul edilmektedir. En önemlileri şunlardır:

- Hemiplejik migren (epizodik baş ağrısı ve hemipleji atakları)
- Baziller migren (vertigo, ataksi, görsel bozukluklar, oksipital baş ağrısı, kuadriparezi ve düşme atakları)
- Oftalmoplejik migren (periorbital ağrı, 3. sinir paralizisi, baş ağrısı)
- Konfüzyonel migren (afazi, konfüzyon, baş ağrısı)
- "Alice" harikalar diyarında (görsel algılama bozuklukları ve baş ağrısı)

### Migren varyantları

Bunlar da periyodik olarak ortaya çıkmakta ve ataklar arasında çocuklar normaldir. Ailelerinde migren öyküsü sıktır.

- Siklik kusma: Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları ile birlikte değişik derecelerde baş ağrısı olur.
- Paroksizmal vertigo: Genellikle erken çocuklukta tekrarlayan vertigo, yürüme bozuklukları ve nistagmus atakları şeklinde görülür. Bilinç bozukluğu ve baş ağrısı olmayıp ataklar birkaç saat ile birkaç gün arasında değişir.
- Paroksizmal tortikolis: Ataklar halinde başta eğilme, kusma ve baş ağrısı vardır. Genellikle bebeklerde görülür.
- Oküler migren (monoküler görme kaybı ve görme bulanıklığı olup baş ağrısı yoktur).

### Tanı

Hastalardan çok iyi bir öykü alınmalıdır. Tetik çeken faktörler tanımlanmalı, eşlik eden bulgular diğer hastalıklar açısından iyi değerlendirilmelidir. Klinikte otonomik ve vazomotor semptomlar (solukluk, yüzde kızarma, senkop ve taşikardi) baş ağrısına eşlik edebilir. İritabilite, halüsinasyonlar ve konfüzyon eklenebilir. Baş ağrısının yeri, şiddeti, sıklığı ve periyodik olup olmamasına bakılarak migren kriterlerine uyup uymadığına karar verilmelidir. Ailede migren öyküsü önemli bir faktördür.

### Fizik Muayene

Hastanın genel ve ayrıntılı nörolojik muayenesi

yapılmalıdır. Herhangi bir anormal bulgu varlığında ileri tetkiklere ihtiyaç olabilir. EEG nadiren gerekli olup açıklanamayan baş ağrısına konfüzyon ekleniyorsa yapılmalıdır. Beyin tomografisi acil durumlarda istenmesi gerekli bir tetkiktir. Manyetik rezonans görüntüleme bir çok dokuyu iyi gösterdiği için tercih edilir. Hockaday 6 yaş altında 6 aydan daha kısa süredir başağrısı ile gelen tüm çocuklarda beyin görüntülemesini önermektedir.

### Tedavi

- Akut atak tedavisi
- Profilaktik tedavi

### Akut atak tedavisi

Amaç ağrı, bulantı ve kusmayı kontrol altına almaktır. Ağrı sporadik ve seyrek ise antiemetikler (Prometazin) ve analjezikler (asetaminofen, steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar) ilk tercih edilecek ilaçlardır. Bu ilaçlar mümkün olduğu kadar erken ve uygun dozda alınmalıdır. Ağrı şiddetli ise kodein veya meperidin verilebilir. Kusma şiddetli ise damardan klorpromazin verilebilir.

Özgül migren ilaçları olarak ergot alkaloidleri ve triptanlar kullanılmaktadır. Triptanlar selektif 5-HT agonistleri olup adölesanlarda kullanılabilir. Sumatriptan cilt altına 0.06 mg/kg, nazal sprey 5-20 mg, tablet 25-50 mg olarak önerilmektedir.

### Profilaktik tedavi

Ayda 3-4 kereden fazla ağrı atağı oluyorsa veya uzun sürüyorsa, çocuğun okulunu ve aktivitesini

etkiliyorsa, tetikleyici faktörlerden kaçınmasına ve akut atak tedavisine rağmen ağrıları devam ediyorsa çocuk profilaktik tedaviye alınmalıdır.

Antihistaminikler: 3-18 ay süreyle genellikle okul döneminde tercih edilir. Antiserotonerjik etkileri ve kalsiyum kanal blokajı yapmaları nedeniyle uzun yıllardır kullanılmaktadır. 0.2-0.4 mg/kg/gün dozda kullanılması önerilir.

Beta blokörler: Etkilerini 5-HT<sub>2</sub> reseptörleri ve adreno reseptörler aracılığıyla gösterirler. En sık propranolol 1 mg/kg/gün başlanıp 4 mg/kg/gün doza çıkarılır.

Antidepresanlar: En sık kullanılan amitriptilindir. 5-HT reseptör antagonisti özelliğiyle etkilediği düşünülüyor. 0.25-1 mg/kg/gün dozda önerilir. Cevaba göre artırılabilir.

Kalsiyum kanal blokörleri; serotonin salınımı ve geri alınımı, vazokonstriksiyon ve trombosit agregasyonunu önleyici etkileri nedeniyle kullanılırlar. Flunarizin en çok kullanılanıdır. 5-10 mg/gün dozda verilir.

Antikonvülzanlar: Etki mekanizmaları kesin olmakla birlikte serotonerjik reseptörler üzerinden etkili olduğu düşünülmektedir. Sodyum valproat 20-40 mg/kg/gün dozda en sık kullanılanıdır.

İlaç dışı tedavi; hasta ve aile hastalık konusunda çok iyi aydınlatılmalı ve endişeleri giderilmelidir. Ağrı kesicilerin fazla kullanımından kaçınılmalı, yaşam tarzı düzenlenmelidir. Stres yönetimi, bilişsel tedavi ve rahatlama gibi davranış tedavileri uygulanabilir. Okul sorunları ile başa çıkma konusunda yardımcı olunmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Abu-Arefeh I, Russel G. Prevalance of headache and migraine in school children. *BMJ*, 1994; 309: 765-769. 20. 24.
2. Abu-Arefeh I, Hamalainen M. Childhood syndromes related to migraine. *The Headaches*. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (ed). 2. Baskı, A Wolters Kluwer Company, Philadelphia, 2000: 517-523.
3. Aicardi J. Paroxysmal disorders other than epilepsy. *Disease of the Nervous System in Children*. 2. Baskı, Mac Keith Press, London, 1998: 27:647-652.
4. Annequin D, Tourniare B, Massiou H. Migraine and headache in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am*, 2000; 47: 617-631.
5. Barlow CF. *Headaches and migraine in childhood*. Philadelphia, JB Lippincott, 1984.
6. Bickerstaff ER. Ophtalmoplegic migraine. *Rev Neuro*, 1964: 110.
7. Bille B. A 40-years follow-up of school children with migraine. *Cephalgia*, 1997; 17: 488-491.
8. De Vivo DC. The nervous system. In: Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD (ed). *Rudolph's Pediatrics*. 20. Baskı, Appleton Lange, Connecticut, 1996: 1960-1964.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. *Cephalgia*, 1988; 8 (Suppl 7): 1-96.

10. Hockaday JM. Migraine in childhood. In: Berg B (ed). *Principles of Child Neurology*, New York, NY: McGraw-Hill, 1996. 10. Jan MM, Camfield PR, Gordon K, et al. Vomiting after mild head injury is related to migraine. *J Pediatr*, 1997; 130: 134-137.
11. Joutel A, Bousser MG, Biousse V. A gene for familial hemiplegic migraine maps to chromosome 19. *Nat Genet*, 1993; 5: 40-45.
12. Lee LH, Olness KN. Clinical and demographic characteristics of migraine in urban children. *Headache*, 1997; 37: 269-276.
13. Linder SL, Winner P. Pediatric Headache. *Med Clin North Am*, 2001; 85: 1037-1053.
14. Menkes JH, Sankar R. Paroxysmal disorders. In: Menkes JH, Sarnat HB (ed). *Child Neurology*. 6. Baski, A Wolters Kluwer Company, Philadelphia, 2000: 995-1002.
15. Mortimer J, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol*, 1992; 34: 1095-1101.
16. Nezu A, Kimura S, Ohtsuki N, et al. Acute confusional migraine and migrainous infarction in childhood. *Brain Dev*, 1997; 19: 148-151.
17. Pakalnis A, Greenberg G, Drake ME, Paolicchi J. Pediatric migraine prophylaxis with divalproex. *J Child Neurol*, 2001; 16: 731-734.
18. Prensky AL, Sommer D. Diagnosis and treatment of migraine in children. *Neurology*, 1979; 29: 506-510.
19. Raieli V, Raimondo D, Cammalleri R, Camarda R. Migraine headache in adolescents: a student population-based study in Montreale. *Cephalalgia*, 1995; 15: 5-12.
20. Riback PS. Factors precipitating migraine headaches in children. *Ann Neurol*, 1999;46: 540.
21. Robert HA. The nervous system. In: Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB (ed). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16. Baski, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2000:1832-1835.
22. Rothner DA. Headaches. In: Swaimann KF, Ashwal SD (ed). *Pediatric Neurology (Principles and Practice)*. 3. Baski, Mosby, St. Lois Missouri, 1999: 747-758.
23. Shaabat A. Confusional migraine in childhood. *Pediatr Neurol*, 1996; 15: 23-25.
24. Sillanpaa M. Prevalance of migraine and other headache in Finnish children starting school. *Headache*, 1976; 15: 288-290.
25. Tfelt-Hansen P, Shanks RG. Beta-adrenoceptor blocking drugs in migraine prophylaxis. *The Headaches*. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (ed). 2. Baski, A Wolters Kluwer Company, Philadelphia, 2000: 457-465.
26. Wasiewski WW. Preventive therapy in pediatric migraine. *J Child Neurol*, 2001;16:71-78.