

Migrenli Hastaların Tanı Almadan Önceki Dönemleri, Başvurdukları Hekimler, Aldıkları Tanılar ve Tedaviler

Mustafa Gökçe¹, Deniz Tuncel¹, Zafer Yüksel²

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji¹ ve Nöroşirürji² Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

ÖZET

Zemin: Migren hastalarının yaklaşık yarısı doğru tanı ve tedavi almamaktadır. Hastaların bir kısmı hiç hekime başvurmazken bir kısmı da yanlış tanı almaktadır. Amaçlar: Bu çalışmanın amacı; migren tanısı almadan önce hastaların hangi tanı ve tedavileri aldığını araştırmak, ve hastaların şikayetleri nedeniyle hangi hekimlere başvurduklarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: KSÜ Tıp Fakültesi Nöroloji ve Nöroşirürji polikliniklerine başvuran ve yeni migren tanısı alan 94 hasta yaklaşık 9 aylık bir dönemde ileriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastaların 78'i (%83) kadın, 16'sı (%17) erkekti. Yaş ortalaması 31 (aralık:13-56) idi. Hastaların 73 tanesi daha önce bir hekime başvurmuşlardı ve %39'u sinüzit, %26'sı Gerilim-pisikojen-depresyon baş ağrısı tanısı almıştı. En çok kullanılan ilaçlar parasetamol ve naproksen sodyumdu.

İzlenim: Migren baş ağrısına yanlış olarak sıklıkla sinüzit tanısı konmaktadır.

ABSTRACT

History of patients with migraine before accurate diagnosis, physician`s consulted, diagnoses and treatments received

Background: Nearly half of migraineurs do not receive accurate diagnosis and treatment. Some of these patients are misdiagnosed while others do not consult a physician.

Objectives: The aim of this study was to investigate which type of physicians the patients consulted and which diagnoses and treatment modalities were applied to the patients before the diagnosis of migraine.

Materials and Methods: This prospective study took place at the Neurology and Neurosurgery Outpatient Clinics of the Medical School Hospital of Kahramanmaraş Sutcu Imam University over a period approximately nine months and includes 94 patients with newly diagnosed migraine.

Results: The patients consisted of 78 (83%) women and 19 (17%) men. The mean age was 31 (range: 13-56). 73 of the 94 patients had consulted a physician at least one time. Of these patients, 39% had been diagnosed with sinusitis and 26% were diagnosed with tension-psychological-depression headaches. The most frequently used medications were paracetamol and naproxen sodium.

Conclusion: Migraine headache is frequently misdiagnosed as sinusitis.

Anahtar Kelimeler: migren, sinüzit, yanlış tanı

Keywords: migraine, sinusitis, misdiagnosis

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Gökçe

KSU Tıp Fakültesi, Nöroloji Bölümü 46050, Kahramanmaraş, Türkiye

Tel: 0344 221 14 31 /245 ve 368 0533 814 54 05

Faks: 0344 221 72 39 hmgokce@hotmail.com

Dergiye Ulaşma Tarihi/Received: 31.12.2003

Düzeltilme Tarihi/Sent for revision: 31.12.2003

Kesin Kabul Tarihi/Accepted: 07.01.2004

*39. Ulusal Nöroloji Kongresin'de poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Migren görülme sıklığı yaklaşık olarak, kadınlarda %18, erkeklerde ise %6 olarak bildirilmektedir⁽¹⁾. Migrenin patofizyolojisi ve tedavisi hakkında ciddi ilerlemeler olmasına rağmen, hastaların yaklaşık yarısının migren tanısı almadığı yapılan çalışmalarda görülmüştür⁽¹⁻³⁾. Doğru tanı konması ve uygun tedavinin verilmesi, kişinin yaşam kalitesini ve iş verimliliğini arttıracak için önemlidir. Migren tanısı konulamamasının önemli bir nedeni de bu hastalara sıklıkla yanlış tanı olarak sinüzit ve gerilim tipi baş ağrısı gibi tanıların konuluyor olmasıdır⁽²⁾. Bu çalışma; nöroloji poliklinik pratiğinde, migrenli hastaların sıklıkla "benim ayrıca sinüzitim de var" sözünden yola çıkılarak yapılmıştır. Bu çalışmada; baş ağrısı ile gelen ve yeni migren tanısı koyduğumuz hastaların, daha önce doktora başvurup vurmadıkları ve başvurdu ise hangi tanı ve tedavileri aldıkları ve migren tanısı almadan önceki süre değerlendirilmiştir.

ARAÇ VE YÖNTEM

Çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ve Nöroşirürji polikliniklerinde, ileriye dönük olarak 18 Kasım 2002 ile 1 Ağustos 2003 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya polikliniğe baş ağrısı yakınması ile başvuran ve International Headache Society (IHS)⁽⁴⁾ kriterlerine göre yeni migren tanısı alan 94 hasta (78 kadın, 16 erkek) alındı. Hastaların; yaşı, cinsiyeti ve kaç yıldır baş ağrısı olduğu kaydedildi. Migren baş ağrısı ile birlikte hipertansiyon, gerilim tipi baş ağrısı ve diğer baş ağrıları olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastanın öykü ve nörolojik muayenesinden sonra IHS kriterlerine göre migren tanısı alan hastaların daha önce doktora başvurup vurmadıkları ve başvurduysa hangi tanıyı aldıkları sorgulandı. Alınan tanıların doğruluğu ayrıntılı bir geriye dönük sorgulamayla değerlendirildi. Ayrıca hastaların daha önce hangi branş doktoruna başvurdukları ve baş ağrısı için kullandıkları ilaçların neler olduğu ve kim tarafından verildiği de kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 94 hastanın, yaş ortalaması 31 (aralık:13-56) idi. Bunların 78'i (%83) kadın ve 16'sı (%17) erkekti. Hastaların; 76'sı aurasız, 18'i auralı migrenliydi. Migren tanısı almadan önceki baş ağrısı süresi ortalama 7,5 yıl (5 ay- 35 yıl)'dı (Tablo 1). Bunların 73'ü (%77) baş ağrısı şikayetiyle daha önce en az bir kez hekime başvurmuşlardı.

Tablo 1. Hastaların bazı temel verileri

Toplam hasta	94
Yaş	31(13-56)
Cinsiyet	78 kadın, 16 erkek
Ağrı süresi	7.5 yıl (5 ay-35 yıl)
Migren tipi	76 aurasız, 18 auralı

Daha önce hekime başvuran 73 hastanın 29'u (%39) sinüzit tanısı almıştı. Geriye doğru detaylı sorgulamada bunun sadece 3 hastada geçerli ve diğer 26 hasta yanlış tanı olduğu düşünüldü. Nöroloji uzmanına başvuran hastalardan hiç birisi sinüzit tanısı almamıştır. Diğer hastaların; 16 tanesine Gerilim-sinirsel-depresyon, 1 tanesine vertigo, 1 tanesine amorozis fugaks ve 1 tanesine de servikal diskopati olarak yanlış tanı konmuştur. 21 hastaya ise herhangi bir tanı söylenmemiş ve bir hastaya ise bir hastalığının olmadığı belirtilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Daha önce hekime başvuran hastaların aldığı tanı (n=73)

Sinüzit	29(%39)
Tanı almamış	22(%30)
Gerilim-psikojen-depresif	16(%21)
Diğer	4(%5)
Toplam	73(%100)

Hastaların 71'i (%75) ağrısında şiddetlenme ya da sıklaşma nedeniyle polikliniğe başvurmuşlardı. Geriye kalan hastalar ise genelde diğer polikliniklerden yönlendirilmişler. Daha önce baş ağrısı nedeniyle hekime başvurmuş olan hastaların hangi hekimlere başvurduğuna bakıldığında, bu soruya ancak hastaların 44/73 de (%60) sağlıklı cevap alınabilmiştir. Başvurulan branş doktorları sıklık sırasına göre; Nöroloji (12 hasta), Kulak burun boğaz (8 hasta), pratisyen doktor (7 hasta), Nöroşirürji (3 hasta), Psikiyatri (2 hasta), Göz (2 hasta), Dahiliyedir (1 hasta). Dokuz hasta ise birden fazla doktora başvurmuştur.

Kullanılan ilaçlar sıklık sırasına göre; parasetamol (29 hasta), naproksen sodyum (16 hasta), metamizol (11 hasta), aspirin (3 hasta)'di. Bazı hastalar ise birden fazla analjezik ile birlikte antidepresan (6 hasta) kullanmaktaydı. Tanı almadığı halde 9 hasta ergotamin tartarate (cafergot, avamigran), sumatriptan (imigran) ve zolmitriptan (zomig) gibi migrene spesifik ilaçlar kullanıyordu. İlaçları kimin tavsiyesine uyarak aldınız sorusuna genelde cevap hatırlama zorluğu ile birlikte, ilaçlar evdeki diğer bireyler veya arkadaş gibi ulaşılabilen ilk yerden temin ediliyordu.

TARTIŞMA

Migren, gerilim tipi başağrısı ve küme başağrısının tanısı detaylı bir öykü ve muayeneden sonra konur. Böylece gereksiz tetkikler yapılmadan uygun tedavi başlanabilir. Öyküde en önemli parametreler; ağrının karakteri, başlangıcı, yerleşimi, ağrıyı tetikleyen faktörler, aura ve diğer birlikte bulunan semptomlardır⁽⁵⁾.

Migren, en çok 25 ile 55 yaşları arasında ve kadınlarda 2 ya da 3 kat fazla gözlenmekle birlikte⁽⁶⁾; ortalama başlangıç yaşı erkek için 13.7, kadınlar için 17.6 olduğu öne sürülmektedir. 40 yaş üzerinde başlayanlar ise sadece %8'i oluşturmaktadır⁽⁵⁾. Bizim çalışmamızda kadın hasta sayısı yaklaşık 5 kat fazladır Bunun nedeni hasta sayımızın az olması ile ilişkili olabilir. Hastalığın; üretken dönemde ortaya çıkması ve bunlarında yaklaşık yarısının tanı ve tedavi almamış olması, hastaların günlük yaşam kalitesini ve iş gücünü azaltmaktadır⁽⁷⁾. Hastalarımızın tanı gecikmesi yaklaşık 7,5 yıl gibi uzun bir süredir ve bu süre boyunca hastaların yaşam kalitesini etkilenmiştir.

Hastaların bir kısmı; hiç hekime başvurmamakta ya da başvurmasına rağmen yanlış tanı alabilmektedir. Migrenli hastaların yaklaşık yarısının, başağrısının normal bir şey olduğunu ya da hekimin buna çok fazla çözüm getiremeyeceği düşüncesi ile başvurmamaktadır. Bir kısım hasta ise daha önce hekime başvurmuş ancak etkin tedavi alamayınca tekrar gitmenin faydalı olacağını düşünmemiştir⁽⁷⁾. Bizim hastaların 73'ü (%77) daha önceden hekime başvurmuşlardı. Tanı olarak, sinüzit ve gerilim-psikojen-depresyon gibi hastalıklara bağlı olduğu söylenmişti. Hastalarımız en sık olarak sinüzit tanısı (%39) almaktaydı. IHS'ye göre sinüzit tanısı için kriterler şunlardır; 1-.pürülan nazal akıntı. 2-.X-ray, BT veya MRG'de pozitif bulgu. 3-. sinüzitle birlikte başağrısının birlikte başlamış olması. 4- ağrının yüze yada sinüs alanlarına yakın kafa bölgelerinde lokalize olmasıdır⁽⁴⁾.

Hareketle artan başağrısı hem migren hem de sinüzit hastalarında gözlenebilir. Migrenli kişide alerjik hastalık görülme sıklığı normal populasyona göre yüksek olması; bu hastalarda sık olarak karşımıza çıkan bazı nazal semptomların (burun akıntısı ve tıkanıklık gibi) nedenini açıklayabilir^(2,8). Yine migrenin fizyopatolojisinde ön planda yer alan trigeminovasküler mekanizma, ağrının özellikle nazal belirtilerle seyretmesine neden olarak iki hastalığın karışmasına neden olabilir⁽²⁾. IHS kriterlerine göre migren tanısı alan hastaların 4/10'nün daha önceden sinüzit tanısı aldığı bildirilmektedir. Nörologların bazıları, sinüs enfeksiyonlu hastalarda bile başağrısının nadir olduğunu öne sürmektedir

ve sinüs başağrısının prevalansını yüksek olmasının aslında migren tanısının atlanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedirler⁽⁹⁾. Bizim sinüzit tanısı alan hastaların tanı aldığı zamandaki durumları yukarıdaki kriterler dikkate alınarak sorgulandığında, sinüzit tanısı sadece 3 hasta için geçerli görünmekteydi. Sinüzit tanısı alan hastalar sorgulandığında alerji yada migrenle karışan sinüs semptomlarına rastlamadık. Bu çalışmada daha önce nöroloji uzmanına giden 12 hastadan hiç birinin sinüzit tanısı olmadığı görülmüş olup daha çok gerilim tipi başağrısı ile karıştığı görülmüştür.

Migren ile özellikle epizodik tip olmak üzere gerilim tipi başağrısının sıklıkla karıştıkları bilinmektedir. Bir çok migren atağı boyun ağrısı gibi gerilim tipi başağrısında görülen belirtilerle birlikte. Tersine ise GBA ataklarına da migren belirtisi fonofobi, fotofobi ve hareketle artma gibi migrenöz belirtiler eşlik edebilmektedir⁽¹⁰⁾. Amerika'da 28 milyon migrenliden 2.1 milyonun GBA tanısı aldığı öne sürülmektedir⁽⁹⁾. Bizim daha önceden hekime başvuran hastaların 16'sı (%21) GBA-psikojen-depresyon şeklinde özetlenebilecek tanılar aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu tanıların ne derece geçerliliğini ortaya çıkartmak için geriye dönük sorgulama sağlıklı sonuç vermemiştir. Ayrıca, migrenli hastalarda; depresyon, anksiyete, inme ve epilepsi gibi hastalıklar koincidental denecek düzeyden daha fazla birlikte bulunmaktadır⁽⁶⁾.

Hekime başvuran migrenlilerin %10 kadarına migren spesifik tedavinin reçete verildiği öne sürülmektedir⁽⁷⁾. Bizim hastalarda da hiç migren tanısı olmadığı halde yaklaşık bu oranda migrene spesifik ilaçlar kullanılmaktaydı. Bu da hastaların etraftan önerilen ilaçları rahatlıkla kullandıklarını düşündürmektedir.

Sonuç olarak; migren hastalarının bir kısmı yanlış olarak sinüzit tanısı almaktadır. Genelde sinüzit tanısı nörolog dışındaki doktorlar tarafından konmaktadır ve hastalar uzun yıllar başağrısının sinüzitten kaynaklandığını düşünmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. Prevalence of migraine in the United States. JAMA 1992;267:64-69.
2. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache or migraine? Considerations in making a differential diagnosis. Neurology 2002;58(suppl 6):S10-S14.
3. Silberstein SD, Rosenberg J. Multispecialty consensus on diagnosis and treatment of headache. Neurology 2000;54:1553.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (supp 7):1-96.

-
5. Smetana GW. The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes (a comprehensive review). *Arch Intern Med.* 2000;160:2729-2737.
 6. Lipton RB, Newman LC, Epidemiology, impact, and comorbidities of migraine headache in the United States. *Neurology* 2003;60 (Suppl 2):S3-S8.
 7. MacGregor EA, Brandes J, Eikerman A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache* 2003;43:19-20.
 - 8.- Chen TC, Leviton A. Asthma and eczema in children born to women with migraine. *Arch Neurol* 1990; 47: 1227-1230.
 9. Diamond ML. The role of concomitant headache types and non-headache co-morbidities in the underdiagnosis of migraine. *Neurology* 2002;58 (suppl 6):S3-S9.
 10. Kaniecki RG. Migraine and tension type headache: an assessment of challenges in diagnosis. *Neurology* 2002;58:S15-S20: