



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, İZMİR TEPECİK
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI MİGRENİNDE ATAK
ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gizem Güngör Takeş

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR/2018



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, İZMİR TEPECİK
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI MİGRENİNDE ATAK
ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gizem Güngör Takeş

Tez Danışmanı: Eğitim Görevlisi Berrak Sarıoğlu

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR/2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
GEREÇ VE YÖNTEM	13
BULGULAR	16
TARTIŞMA	25
SONUÇLAR	31
KAYNAKLAR	32
EKLER	35
ÖZGEÇMİŞ	45

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini her zaman hissettiğim tez danışmanım Sayın Uz. Dr. Berrak Sarıoğlu'na, bu süre boyunca bilgi, beceri ve deneyimleri ile yol gösteren Sayın Prof. Dr. Bumin N. Dündar'a ve emeği geçen tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği hocalarıma teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım, eşkıdemlerim Dr. Hasan Hüseyin Yılmaz, Uz. Dr. Duygu Deligözoğlu, Uz. Dr. Neslihan Mete Atasever, Dr. Nurhan Korkmaz, Dr. E. Nursel Akmaz, Dr. Gülşah Çetin ve Dr. Selma Çetin'e teşekkür ederim.

Varlığı ve desteklerinden dolayı biricik dostum Dr. Gökşen Arık'a teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, iyi ve kötü her anımda yanımda olan canım annem Seval Güngör'e, canım babam Alpaslan Güngör'e, kardeşlerim Dr. Gökçe F. Güngör ve Gözde Güngör'e teşekkür ederim.

Bana olan sevgi ve desteğini esirgemeyen, bu zorlu zaman diliminde beni büyük bir sabırla destekleyen ve her zaman yanımda olan biricik eşim, hayat arkadaşım Remzi Takeş'e sonsuz teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ARK. : Arkadaşları

ÇİYKO: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

DİP: Duygusal İşlevsellik Puanı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı

ICHD-3: Uluslararası Baş ağrısı Sınıflaması -3

IHS: Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu

NSAİ: Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç

OİP: Okul İşlevselliği Puanı

ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı

SİP: Sosyal İşlevsellik Puanı

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

SSS: Santral sinir sistemi

YK: Yaşam Kalitesi

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1** : Migrenli olguların cinsiyetlere göre dağılımı
- Tablo 2** : Olguların migren tipine göre cinsiyet dağılımı
- Tablo 3** : Migrenli hastaların semptom dağılımı
- Tablo 4** : Migrenli olguların ağrı bölgeleri
- Tablo 5** : Migrenli olguların ağrı sırasında analjezik kullanma gereksinimi
- Tablo 6** : Migren hastalarında aile öyküsü varlığı
- Tablo 7** : Migrenli olguların aura semptomları
- Tablo 8** : Migren ve kontrol grubunda yaşam kalitesi skorlarının değerlendirilmesi
- Tablo 9** : Auralı ve aurasız migren tanılı olguların yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılması
- Tablo 10** : Migrenli olguların pulsatil özellik – yaşam kalitesi ilişkisi
- Tablo 11** : Migrenli olguların unilateral ağrı – yaşam kalitesi ilişkisi
- Tablo 12** : Migrenli olguların ağrı şiddeti skoru - yaşam kalitesi değerlendirmesi
- Tablo 13** : Obez ve normal kilolu hastaların yaşam kalitesi değerlendirmesi

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI MİGRENİNDE ATAK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Çocukluk yaş grubunda birincil baş ağrısının en önemli nedeni migrendir. Bu kadar sık görülmesi nedeniyle çocukların ve ailelerin hayatında pek çok olumsuz etki yaratmaktadır, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bütün bu bilgilerden yola çıkarak bu tez çalışmasında, migren tanısı olan 7-18 yaş arası hastalarda yaşam kalitesi etkilenimleri ve atak özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji polikliniklerine yeni başvuran veya takip edilmekte olan, Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu 2013 sınıflaması ölçütlerine göre migren tanısı alan 7-18 yaş arasındaki 59 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu ise yaş ve cinsiyet açısından bunlara denk 38 gönüllüden oluşturuldu. Ardından olgulardan Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) testi uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 12,29 olan hasta grubunun 16'sı erkek, 43'ü kızdı. Kontrol grubunun ise yaş ortalaması 11,84 olarak bulundu. Bu grupta 8 erkek ve 30 kız bulunmaktaydı. Çalışma grubunun fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği, psikosozyal sağlık toplam puanı, ölçek toplam puanı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. Sosyal işlevsellik puanı ortalamaları bakıldığında çalışma grubu puanı, kontrol grubu puanına göre kantitatif olarak düşük bulundu. Aurasız migrenli olguların, auralı migrenli olgulara göre yaşam kaliteleri daha düşük saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada migreni olan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesinde fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, okul işlevselliği, psikosozyal sağlık toplam puanı,

ölçek toplam puanında anlamlı fark saptanmaması literatür ile uyumsuzdu. Sosyal işlevsellik puanında kantitatif düşüklük olması dikkat çekici idi. Bu sonuç çocuk ve ergenlerde migren hastalarının sosyal akran ilişkilerinde problem çekebileceklerini göstermektedir. Hekim ve ebeveynlerin oluşabilecek sosyal sorunlar açısından dikkatli olmaları uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuklarda Migren, Migren Atak Özellikleri, Yaşam Kalitesi



ABSTRACT

THE EFFECTS OF ATTACK CHARACTERISTICS ON LIFE QUALITY IN CHILDHOOD MIGRAINE

Aim: The most important reason of a primary headache in the pediatric age group is a migraine. It has a number of negative effects on the children and their families because of its frequency, thus it influences the life quality in a negative way. In this regard, the effect of attack properties on the life quality in the patients diagnosed with a migraine between the age of 7 and 18 has been aimed to be assessed in this thesis.

Material and method: Fifty nine children and adolescents aged 7 to 18, diagnosed with a migraine according to International Headache Society 2013 classification criteria, who were newly applied to or have been already followed at the Pediatric Neurology outpatient departments in the University of Health Sciences Tepecik Teaching Research Hospital were included in the experiment. Besides, the control group was consisted of 38 volunteers which were equal gender and age. Then, Life Quality Scale Test for Children (LQSTC) was applied to the migraine and control groups.

Findings: The average age of patients was 12.3 and 16 of them were male, 43 of them were female. The average age of control group was calculated as 11.8. There were 8 male and 30 female patients in the control group. There was no significant difference revealed in physical health total score, emotional functionality, school functionality, psychosocial health total score and scale total score according to the comparison between the migraine and control group. The score of the migraine group was found to be quantitatively lower than control group according to their social functionality score averages.

Result: In this study, the findings were inconsistent with the literature that there was no significant decrease in the physical health total score in the life quality, emotional functionality score, school functionality score, psychosocial health total score, and scale total score of the children and adolescents diagnosed a migraine. The quantitatively decrease in social functionality scale was found remarkable. This result has demonstrated that the children and adolescents with migraine may experience peer relationship

difficulties. It is appropriate for the physicians and parents to be careful in terms of possible social problems.

Key words: Pediatric migraine, migraine attack characteristics, life quality



ÇOCUKLUK ÇAĞI MİGRENİNDE ATAK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Baş ağrısı, nöroloji pratiğinde en sık görülen sağlık sorunlarından biridir. Toplumun %90'ından fazlasında yaşamın herhangi bir döneminde görülür. Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu (IHS) tarafından birincil ve ikincil baş ağrıları olarak sınıflandırılmıştır. Birincil baş ağrılarından biri olan migren nörolojik, gastrointestinal ve otonom değişikliklerin eşlik edebildiği birincil epizodik bir baş ağrısıdır. Beyaz ırktaki görülme sıklığı kadınlarda %12-24, erkeklerde % 5-12 civarında olup kadın erkek oranı 2/1'e ulaşmaktadır. Çocuklarda migren görülme sıklığı %3-6 arasında bildirilmekle birlikte gerçekte bu oran olasılıkla çok daha yüksektir. Nitekim çocuklarda migren olarak kabul edilen baş ağrılarının gerek erişkinler kadar belirgin özellikler taşımaması, gerekse çocuklar tarafından her zaman iyi tanımlanamaması ve epidemiyolojik araştırmaların bu yaş grubunda kısıtlı olması nedeniyle gerçek oranların ne olduğu kesin söylenememektedir (1).

Çocuk yaş grubunda birincil baş ağrısının en önemli nedeni migrendir. Migrenin okul dönemi çocuklarda görülme sıklığı topluma göre değişmek üzere % 4 – 10 arasındadır ve 5 yaşından önce nadir görülür. Adolesan döneminden önce kız ve erkeklerde eşit olarak görülürken, adolesan döneminden itibaren kızlarda daha sık görülür. Baş ağrısı çocukluk çağında oldukça yaygın olarak tanı alır. 15 yaşa kadar olan hastaların %75'inde baş ağrısı görülmektedir. Sıklığı 7 yaşın altında %2,5, 15 yaşın altında %5'lerde iken, 15-19 yaş arasında % 28'lere kadar çıkabilmektedir (2).

Yüksek yaygınlığına karşın, literatürde migrenli hastalarla yapılmış az sayıda yaşam kalitesi (YK) çalışması vardır. Bu çalışmalarda migren hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrol grubuna göre düşük olduğu belirtilmiştir (3).Çocukluk çağının en sık görülen baş ağrısı olması nedeniyle migren, çocukların ve ailelerin

hayatında pek çok olumsuz etki yaratmaktadır, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

Bütün bu bilgilerden yola çıkarak bu tez çalışmasında, migren tanısı olan 7-18 yaş arası hastalarda, atak özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. MİGREN

2.1.1. TANIM VE SINIFLAMA

Baş ağrısı, insanın hayatı boyunca karşılaşabileceği ağrılar içinde en sık görülenidir. Genellikle orbita üzerinde suboksipital bölgeye kadar duyulan ağrı hissi için kullanılır.

Baş ağrısının kafa içinde ve kafa dışında ağrıya duyarlı yapıların etkilenmesi sonucu oluştuğu bilinmektedir.

1. Kafa içinde ağrıya duyarlı yapılar:

- a. İntrakranial arterlerin proksimal kısımları (Willis poligonu çevresi)
- b. Meningeal arterler
- c. Venöz sinusler ve büyük toplar damarlar
- d. Kaide durası, tentorium serebelli ve falks serebri
- e. 5. 9. ve 10. kafa çiftleri ile ilk 3 servikal spinal sinirler

2. Kafa dışında ağrıya duyarlı yapılar

- a. Deri, deri altı yağ dokusu ve arterleri
- b. Baş ve boyun kasları
- c. Periost
- d. Göz, kulak, burun yapıları, sinusler, dişler
- e. 5. 9. ve 10. kranial sinirler ile ilk 3 servikal sinirlerin ekstrakranial kısımlarıdır.

Bu yapıları etkileyen pek çok neden baş ağrısına yol açabilir. Baş ağrıları IHS tarafından üç ana gruba ayrılmıştır:

- A. Birincil baş ağrıları
- B. İkincil baş ağrıları
- C. Kranial nevraljiler, santral ve fasiyal ağrılar ve diğer baş ağrıları

Bilinen veya gösterilebilir herhangi bir yapısal hastalıkla ilişkili olmayan ve istisnai durumlar dışında yaşamı tehdit etmediği kabul edilen, süregelen baş ağrıları

birincil baş ağrısı olarak değerlendirilmektedir. Migren, birincil bir baş ağrısı bozukluğudur. Migren ve diğer birincil baş ağrısı bozukluklarının tanısında kullanılacak tanı kriterleri 1998 yılında IHS tarafından yayınlanmıştır ve 2013 yılında yeniden düzenlenmiştir (4).

2.1.2. MİGREN SINIFLAMASI

1.Migren

1.1 Aurasız migren

1.2 Auralı migren

1.2.1 Tipik auralı migren

1.2.1.1 Baş ağrılı tipik aura

1.2.1.2 Baş ağrısız tipik aura

1.2.2 Beyin sapı auralı migren

1.2.3 Hemiplejik migren

1.2.3.1 Ailesel hemiplejik migren

1.2.3.1.1 Ailesel hemiplejik migren tip 1

1.2.3.1.2 Ailesel hemiplejik migren tip 2

1.2.3.1.3 Ailesel hemiplejik migren tip 3

1.2.3.1.4 Ailesel hemiplejik migren, diğer lokuslar

1.2.3.2 Sporadik hemiplejik migren

1.2.6 Retinal migren

1.3 Kronik Migren

1.4 Migren komplikasyonları

1.4.1 Migren statusu

1.4.2 İnfarkt olmaksızın sürekli aura

1.4.3 Migrene bağlı infarkt

1.4.4 Migren aurasının tetiklediği nöbet

1.5 Olası migren

1.5.1 Aurasız olası migren

1.5.2 Auralı olası migren

1.6 Migren ile ilişkili olabilecek epizodik sendromlar

1.6.1 Tekrarlayan gastrointestinal bozukluklar

1.6.2.1 Siklik kusma sendromu

1.6.2.1 Abdominal migren

1.6.2 Benign paroksizmal vertigo

1.6.3 Benign paroksizmal tortikolis

Çocuklarda doktora başvuru nedenleri arasında baş ağrısı sık olarak gözlenmektedir. Okul çağında yaklaşık %20 oranında baş ağrısı görülür. Migren ise en sık rastlanan kronik ve tekrarlayıcı baş ağrısı türü olarak öne çıkmaktadır. Erkek çocuklarda daha erken ortaya çıkan migren semptomlarına rağmen kızlarda migren görülme olasılığı daha sıktır (4).

2.1.3 EPİDEMİYOLOJİ

Baş ağrıları üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar hastalığın toplum üzerine olan etkisinin gösterilmesi açısından önemlidir. Migren tipi baş ağrısının yaşam boyu prevalansı %16 civarındadır. Bir yıllık prevalansı %12'dir.

Migren prevalansı yaş ve cinsiyete göre değişir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Migren prevalansı ırklara göre değişim gösterebilir. Örneğin, beyaz Amerikalılar'da migren prevalansı %20,4, Afrika kökenli Amerikalılar'da %16,2 ve Asya kökenli Amerikalılar'da %9,2 olarak bulunmuştur (5). Migrenin bir yıllık prevalansı Avrupa'da %2,7-24,6 olarak bildirilmiştir. Bu oran, kadınlarda %2,3-20,2 arasında iken, erkeklerde %2,3-13 olarak belirlenmiştir (6).

Çocuk yaş grubunda birincil baş ağrısının en önemli nedeni migrendir. Okul dönemi çocuklarda görülme sıklığı topluma göre değişmek üzere % 4 – 10 arasındadır ve 5 yaşından önce nadir görülür. Adolesan döneminden önce kız ve erkeklerde eşit olarak görülürken, adolesan döneminden itibaren kızlarda daha sık görülür. Baş ağrısı çocukluk çağında oldukça yaygın olarak tanı alır. 15 yaşa kadar olan hastaların %75'inde baş ağrısı görülmektedir. Sıklığı yedi yaşın altında %2,5, on beş yaşın altında %5'lerde iken, 15-19 yaş arasında %28'lere kadar çıkabilmektedir (2). Bu kadar sık görülmesi nedeniyle çocukların ve ailelerin hayatında pek çok olumsuz etki yaratmaktadır ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü çocukluk çağında baş ağrısı sıklığının giderek arttığını bildirmiştir (7). Çocukların %75'inin on beş yaşına kadar en az bir kez baş ağrısı atağı yaşadıkları gösterilmiştir. Çocuklarda baş ağrısı yakınması dört yaşından önce ender görülmekte, 4 yaşından sonra sıklığı yaşla birlikte giderek artmaktadır. Baş ağrısı prevalansı ilkokul çağındaki çocuklarda %37-51, lise çağındaki çocuklarda %54-82'dir (8).

Ailesinde migren bulunanların migrenle karşılaşma ihtimali aile öyküsü bulunmayanlara göre 2-4 kat fazladır. Bu durum migrenin genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (5). 2013'te Özek ve ark.'nın yaptığı "Çocukluk çağı kronik yineleyen baş ağrılarının etiyolojisi" çalışmasında migrenli hastaların %54'ünde ailede migren öyküsü, %22'sinde migren dışı baş ağrısı öyküsü saptanmıştır (9).

2.1.4. TANI KRİTERLERİ

Hem klinik pratikte hem de bilimsel araştırmalarda baş ağrısı bozukluklarının sınıflamasını daha iyileştirmek için IHS geniş bir grup baş ağrısı bozukluğu için tanı kriterlerini yayınlamıştır. Klinik pratikte yaygın kullanımı bulunmasa da bu kriterler klinik çalışmalarda ve epidemiyolojik araştırmalarda önemli rol oynamaktadır (10).

2013 yılında yeniden gözden geçirilen IHS migren tanı kriterleri şöyledir (Olesen, 2013).

2.1.4.1. Aurasız Migren

Tanımı: Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 2-72 saat süren, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, kusma ve bulantının eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır.

Tanı Kriterleri

- A. B-D ölçütlerine uyan en az beş atak varlığı
- B. 2-72 saat süren baş ağrısı atakları (Tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)
- C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalıdır:
 1. Tek taraflı
 2. Zonklayıcı özellikte
 3. Orta ya da ağır şiddetli

4. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme (yürümek, merdiven çıkmak gibi)

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

1. Bulantı ve /veya kusma

2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir organik hastalık belirtisi olmamalı.

2.1.4.2. Auralı Migren

Tanım: Tekrarlayan, uzamış süreli, tek taraflı geri dönüşümlü serebral korteks veya beyin sapı belirtileri ile seyreden aura sonrası ortaya çıkan tek taraflı, zonklayıcı, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği 2-72 saat süren baş ağrısıdır.

Tanı kriterleri

A. B ve C kriterlerine uyan en az iki atak

B. Tamamen dönüşümlü olarak şu aura semptomlarından en az biri:

1. Görsel

2. Duysal

3. Konuşma ya da dil

4. Motor

5. Beyin sapı

6. Retinal

C. Aşağıda belirtilen fenomenlerden en az ikisi:

1. En az bir aura semptomun beş dakikadan uzun sürmesi ve/veya iki ya da daha fazla semptomun ardışık olması

2. Her aura semptomunun 5-60 dakikada sonlanması

3. En az bir aura semptomunun tek taraflı olması

4. Auranın baş ağrısına eşlik etmesi ya da aura sonrası 60 dakika içinde baş ağrısının başlaması

D. Başka bir İCHD-3 tanısı ve transiyent iskemik atak dışlanmalı

Auralı Migren Alt Tipleri

Tipik auralı migren: Görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma belirtilerini içeren tipik aura semptomlarına, kas güçsüzlüğünün eşlik etmediği baş ağrısı eşlik eder. Aura gittikçe ilerler, bir saatten fazla sürmez, pozitif ve negatif özelliklerin karışımını içerir ve tümüyle geri dönüşümlüdür.

Tipik auralı baş ağrısı: Görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma belirtilerini içeren tipik auraya, migren karakterini taşımayan baş ağrısı eşlik eder. Aura gittikçe ilerler, bir saatten uzun sürmez, pozitif ve negatif özelliklerin karışımını içerir ve tümüyle geri dönüşümlüdür.

Baş ağrısız tipik aura: Görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma belirtilerini içeren özgün auraya baş ağrısı eşlik etmez. Aura gittikçe ilerler, bir saatten uzun sürmez, pozitif ve negatif özelliklerin karışımını içerir ve tümüyle geri dönüşümlüdür.

Hemiplejik migren: Motor kuvvetsizlik ile giden auralı migren ve motor kuvvetsizlik ile birlikte görsel, duysal ve konuşma bozukluğunun en az birinin yer aldığı auralı migren olması ve benzer atakların en az iki kez yaşanmış olması tanı ölçütlerini oluşturmaktadır. Aura 5-60 dakika sürer, motor belirtiler ise 72 saatten kısa sürer. Baş ağrısı hemipareziden önce olabilir veya hiç bulunmayabilir. Hemiparezinin başlangıcı ani olabilir ve inmeye benzeyebilir.

Beyin sapı kaynaklı aura ile seyreden migren: Baziler migren olarak da adlandırılmaktadır. Baziler migren diyebilmek için, motor ve retinal belirti olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini içeren migren ağrı atağı olmalıdır. Baziler migrende, tipik hemianopik aura bazen her iki görme alanını kapsayarak geçici körlüğe yol açabilir. Bu görsel auranın ardından sıklıkla ataksi, vertigo, kulak çınlaması, çift görme, bulantı, kusma, nistagmus, iki yanlı paresteziler veya uyanıklık kusuru ya da mental durum değişikliği görülebilir.

Retinal Migren: Tekrarlayan, migren baş ağrısı ile birlikte tek gözde ortaya çıkabilen parlak ve dalgalanma şeklinde ışıklar, görme kaybı şeklinde görsel

bulguların varlığı ve bu semptomların hiçbir organik nedenle ilintili olmaması, retinal migren tanı ölçütlerini oluşturmaktadır.

2.1.4.3. Kronik Migren

Kronik migren 2013 yılında yapılan sınıflamada tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

A. Baş ağrısının (gerilim tipi ya da migren) bir ayda 15 günden fazla olması veya üç ayın üzerinde B ve C kriterlerini taşıması

B. Son ataklarının en az beş tanesi aurasız migren kriterlerinin B-D özelliklerini taşıması veya auralı migrenin B ve C kriterlerini taşıması

C. Üç aydan uzun süredir ayda sekiz gün veya daha fazla olan baş ağrısının (aşağıdakilerden biri)

1. Aurasız migren kriterlerinin C ve D özelliklerini içermesi
2. Auralı migren kriterlerinin B ve C özelliklerini içermesi
3. Migren atağında olduğu öngörülen hastanın ağrısının triptan veya ergot derivativesi ile dindirilebilmesi

D. Başka bir İCHD-3 tanı kriterini karşılamaması

2.1.4.4. Migren komplikasyonları

A. Migren statusu: Migren atağının 72 saat üzerinde devam etmesidir.

B. İnfarkt olmaksızın sürekli aura: görüntüleme ile infarkt olmadığı kanıtlanan hastada aura semptomlarının bir haftadan uzun sürmesi

C. Migrenöz infarkt: Bir ya da daha fazla migren semptomu ile görüntülemeye kanıtlanmış iskemik beyin lezyonu varlığıdır.

2.1.4.5. Olası Migren

Tanı ölçütlerini karşılamada maddelerden bir tanesinin yetersiz kaldığı baş ağrısıdır.

A. Olası Aurasız Migren:

1. Aurasız migren A-D ölçütlerinin biri dışında hepsini karşılayan atakların olmasıdır.
2. Başka bir İCHD-3 baş ağrısı tanı kriterini karşılamaması

B. Olası Auralı Migren:

1. Auralı migren veya alt türlerinden herhangi birinin A-D ölçütlerinin biri dışında hepsini karşılayan atakların olmasıdır.
2. Başka bir İCHD-3 tanı kriterini karşılamaması

2.1.4.6. Migren İle İlişkili Olabilecek Epizodik Sendromlar

1. Tekrarlayan gastrointestinal bozukluklar: Normal gastrointestinal muayene varlığında, en az beş tane başka bir hastalığa bağlı olmayan, karın ağrısı, kusma, bulantı atakları olmasıdır.

A. Siklik kusma sendromu

B. Abdominal migren

2. Benign paroksizmal vertigo: Sağlıklı çocukta spontan oluşan tekrarlayan vertigo ataklarıdır.

3. Benign paroksizmal tortikolis: Sağlıklı çocukta spontan ortaya çıkan, tekrarlayan tek tarafa baş eğme ataklarıdır. Bazen hafif rotasyon oluşabilir. Çoğunlukla infantlarda görülür.

2.1.5. Migrende Klinik Özellikler

Primer nörolojik bir hastalık olan migren nörolojik, gastrointestinal ve otonom değişikliklerin eşlik edebildiği primer epizodik bir baş ağrısıdır.(11). Migren tanısı baş ağrısı özelliklerinin değerlendirilmesi ile konur. Fizik ve nörolojik muayeneler, laboratuvar incelemeleri normal bulunur ve daha çok ikincil baş ağrılarını dışlamak için yapılır (10).

Migren ataklarla seyreder. Aura olarak bilinen fokal geçici nörolojik belirtilerle birlikte olan veya olmayan tiplere ayrılmışsa da bazı hastalarda her ikisi birlikte bulunabilir. Auralı ve aurasız migren atağının baş ağrısı fazı benzerdir. Fizik egzersiz ile kötüleşen, tedavi edilmediğinde 4-72 saat süren, orta-ağır şiddette, tek taraflı zonklayıcı bir baş ağrısı mevcuttur. Ağrı atakları sırasında bulantı, kusma, fonofobi ve fotofobi olabilir. Ancak, her hastada bu belirtilerin tümü görülmez. Baş ağrısının şiddetinde ve ayrıntılarında hastadan hastaya ve ataktan atağa değişkenlik olabileceği bilinmelidir (10).

Migren atağı dört faza bölünebilir:

- a. Öncül Evre
- b. Aura Evresi

c. Baş Ağrısı Evresi

d. Ağrı Sonrası Evresi

Öncül Evre: Migren hastalarının %50-60'ında baş ağrısından önceki saatler veya günler içinde öncü semptomlar görülür. Hastalar genellikle duygu durumlarında veya davranışlarında ortaya çıkan ve psikolojik, nörolojik, otonomik özellikler gösterebilen tipik bir değişiklikten şikayet ederler. Migren hastalarının bu öncü belirtileri kullanarak %72 oranında ağrı ataklarını öngörebildikleri gözlenmiştir (12).

Öncül evre semptomlarının anatomik karşılığının frontal loblar, hipotalamus, serebral hemisferler ve santral noradrenerjik sistemler-locus cereleus olduğu bilinmektedir (13).

Aura Evresi: Migren aurası, bir atağın öncesinde, beraberinde veya nadiren sonrasında görülen fokal nörolojik belirtilerin bir karışımıdır. Aura belirtilerinin çoğu beş ile 20 dakika içinde gelişir ve 60 dakikadan kısa sürer (10). Aurayı bazen baş ağrısı takip etmeyebilir. Aura bulguları çoğunlukla görsel bulgulardır. Görsel aura bulguları yarı alanı görememe (hemianopsi), yarı alanda (bazen tüm görme alanında) parlak ışıklar veya karanlık noktalar görme, çapraz çizgiler görme şeklindedir. Seyrek olarak aura bulguları duysal (hemihipoestezi veya parestezi), motor (hemiparezi veya pleji), afazi, oftalmopleji, beyin sapı işlev bozukluğu (baziler belirtiler; çift görme, bulantı, kusma, baş dönmesi, motor ve duysal kusurlar, dizartri gibi bulguların tümü veya birkaçı) şeklinde olabilir. Bunlara görsel bulgular eşlik edebilir veya etmeyebilir (5,14).

Baş Ağrısı Evresi: Baş ağrısının şekli, süresi, şiddeti, eşlik eden bulguları kişiden kişiye veya ataktan atağa değişebilir. Ağrı genellikle başlangıçta tek taraflı başlayıp saatler içinde çift taraflı olur. Olguların %30'unda ise başlangıçtan itibaren iki taraflıdır. Ağrı zonklayıcı özellikte olup, alın ve göze yayılım gösterir, çoğu kez ensede de ağrı hissedilir. Migren ağrısının şiddeti daha çok orta veya ileri derecede olup, hafif şiddette ağrılar seyrek görülür. Ağrının günlük bedensel hareketlerle artış göstermesi beklenir. Ağrı sırasında genellikle fonofobi fotofobi vardır. Hasta loş ve sessiz bir ortam arayışı içinde olur. Ağrı başladıktan genellikle bir süre sonra bulantı hissi ve bazen kusma olur. Ağrı atak ilacı kullanılmadığında genellikle 4 saatten daha uzun ve 72 saatten daha kısa

sürelidir. Nadir olarak dört saatten daha kısa ya da 72 saatten daha uzun migren atakları da olabilir. Uyku çoğunlukla ağrıyı dindiricidir (5,14).

Ağrı Sonrası Evre: Ağrı giderek azalır ve kaybolur. Baş ağrısı sonrası hasta kendini yorgun, bitkin hissedebilir, konsantrasyon güçlüğü, kafa derisinde hassasiyet, duygu durum değişiklikleri görülebilir. Bazı hastalar ataklardan sonra kendilerini aşırı iyi hissedebilir, yenilenmişlik hissi, öfori durumu olabilir. Bazıları da depresif ve hasta gibi olabilir (10).

Migren ve Yaşam kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında sağlığı yalnız hastalığın bulunmayışı olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (15). Tam iyilik halinin ne olduğuna ilişkin yapılan tanımlama çalışmaları YK kavramını ortaya çıkarmış, YK kısaca bireyin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılaması olarak özetlenmiştir. Klinik olarak benzer özellikleri bulunan bireylerin yaşamlarıyla ilgili farklı memnuniyet ve iyilik algısına sahip olmalarının gözlenmesiyle, sağlıkla ilgili verilerin değerlendirilmesinde bireysel bakış açısı öne çıkmıştır (16). Literatürde 20. yüzyılın son yarısından itibaren sağlıkla ilgili verilerin, klinik çalışmaların ve yeni tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde bireysel bakışı ön planda tutan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) kavramının önem kazandığı görülmektedir (17). SİYK bir hastalığın ve tedavisinin hastada yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmakta ve YK'nin hastalıklarla etkilenen yönünü içeren çok boyutlu bir terim olarak kullanılmaktadır (18). Baş ağrısı çocuklar ve ergenlerde yaygın görülen, yaşam etkinliklerini kısıtlayabilen önemli bir sağlık sorunudur (19). Epidemiyolojik çalışmalar migrenin en sık görülen baş ağrısı türü olduğunu ve çocuklarda yaygınlığının %4-10 arasında olduğunu göstermiştir (2)

Yüksek yaygınlığına karşın, literatürde migrenli hastalarla yapılmış az sayıda YK çalışması vardır. Bu çalışmalarda migren hastalarının YK'lerinin sağlıklı kontrol grubuna göre düşük olduğu belirtilmiştir (3).

Erken yaşlarda YK ile ilgili yapılan çalışmaların erişkinlikte oluşabilecek YK sorunlarından korunma ya da sorunları önleme açısından yararlı olacağı, tedavi ile ilgili yönlendirmelerde hekimlere yol göstereceği bilinmektedir (20).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışmasında, auralı veya aurasız migren tanısı olan 7-18 yaş arası hastalarda yaşam kalitesi etkileniminin ve atak özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. Bu amaca uygun çalışma protokolü hazırlanarak, hastanemiz etik kurulundan 19.01.2016/19 tarih ve sayı ile onay alındı (Bkz. EK 1).

Çalışmada çocuk nöroloji polikliniğinde migren tanısı almış olguların atak özellikleri çalışmacıların hazırladığı bir form üzerine kaydedildi. Atağa ait özellikler; ağrı şiddeti, ağrı süresi, bulantı ve/veya kusma varlığı, fonofobi ve/veya fotofobi, fiziksel aktivite ile ağrı artışı, istirahatle azalma, ağrı lokalizasyonu, analjezik kullanma ihtiyacı ve migren tetikleyicileri kaydedildi. Olguların aile öyküsü varlığı ve aura semptomları değerlendirildi. Ağrı şiddeti sayısal olarak değerlendirildi. Sayısal ağrı derecelendirme skalasına göre 0: ağrı yok, 1-3: hafif, 4-6: orta, 7-10: şiddetli ağrı olarak değerlendirildi (38). Ardından olgulardan Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) doldurması istendi. Hasta grubunun yaş dağılımına uygun şekilde baş ağrısı şikayeti bulunmayan kontrol grubu oluşturuldu. Her iki gruptan da çalışma detayları sözlü ve yazılı olarak anlatılarak onam formu alındı (Bkz. EK 2, EK 3).

Hasta grubuna 59 kişi dahil edilirken kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından bunlara denk 38 gönüllüden oluşturuldu.

Hasta grubunda çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 7-18 yaş aralığında olmak,
- IHS 2013 sınıflamasına göre auralı veya aurasız migren tanısı almak,
- Nörolojik muayenenin normal olması,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması,
- Başka bir organik hastalığının olmaması.

Kontrol grubunda çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 7-18 yaş aralığında olmak,
- Baş ağrısı şikayeti olmaması,

- Nörolojik muayenenin normal olması,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması,
- Başka bir organik hastalığının olmaması

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ): Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçek, 2-18 yaş grubunda genel SİYK'ni (sağlıkla ilgili yaşam kalitesi) ölçmeyi amaçlamaktadır (22). Bu ölçek dört farklı yaş grubu için hazırlanmıştır. 2-4 yaş grubu için hazırlanmış ölçeğin yalnızca ebeveyn formu bulunmaktadır. Bu formun okul ile ilgili alt bölümü diğer formlardan farklı olarak beş yerine üç maddeden oluşmaktadır. 5-7 yaş grubu için geliştirilmiş olan ölçeğin ebeveyn ve çocuk formu bulunmaktadır. Çocuk formu araştırmacı tarafından çocukla birlikte mutlu, nötr, üzgün yüz ifadelerini simgeleyen bir şema yardımıyla doldurulmaktadır. Diğer yaş gruplarından farklı olarak çocuk formunun yanıt skalası üç seçeneklidir. 8-12 yaş grubu için hazırlanmış ölçeğin ebeveyn ve çocuk formu bulunmaktadır. Ebeveyn formu bakım veren kişi, çocuk formu ise çalışmaya alınan çocuk tarafından birbirlerinden ayrı ve eş zamanlı olarak doldurulmaktadır. 13-18 yaş grubu için geliştirilmiş olan ölçeğin ebeveyn ve ergen formu bulunmaktadır. Ebeveyn formu bakım veren kişi, ergen formu çalışmaya alınan ergen tarafından birbirlerinden ayrı ve eş zamanlı olarak doldurulmaktadır. 23 maddeden oluşan ölçeğin puanlanması üç alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır (21). Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 0=100, nadiren olarak işaretlenmişse 1=75, bazen olarak işaretlenmişse 2=50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 3=25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 4=0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (21). ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay

olması en önemli özelliklerindendir (21). ÇİYKÖ'nin güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, geçerlik değerlendirmesi için yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılmıştır (22). ÇİYKÖ'nin iç tutarlığının yüksek, geçerli, güvenilir ve duyarlı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (21-27).

Çalışmamızda 7-12 yaş grubu için ebeveyn formu, 12-18 yaş grubu için çocuk formu kullanıldı.

Yukarıdaki testlerin sonuçlarının anlamlılığı, kontrol ve hasta grubunda uygun istatistiksel yöntem ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bu çalışmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 20 paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 59'u migrenli, 38'i kontrol grubu olmak üzere 97 olgu dahil edildi. Çocuk nöroloji polikliniğinde migren tanısı almış olan 47 aurasız ve 12 auralı olmak üzere 59 migren olgusunda çalışma yapıldı. Cinsiyetlere göre kontrol grubu ile karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmadı. Hasta ve kontrol grubuna göre olguların dağılımı Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. Migrenli olguların cinsiyetlere göre dağılımı

	Hasta(n)	Kontrol(n)	P*
Kız	43	30	0,499
Erkek	16	8	
Toplam	59	38	

*ki-kare testi

Olguların migren tipine göre cinsiyet dağılımı Tablo 2'dedir.

Tablo 2. Olguların migren tipine göre cinsiyet dağılımı

cinsiyet	Aura (n)		Toplam(n)
	yok	var	
kız	32	11	43
erkek	15	1	16
toplam	47	12	59

Hasta grubunun yaş ortalaması $12,29 \pm 2,71$, kontrol grubunda $11,84 \pm 2,84$ idi. İki grubun ortalaması arasında istatistiksel bir fark yoktu ($p=0,522$).

Migren grubundaki 59 olgunun tanı yaşları ortalama $10,75 \pm 3,25$ idi. Ortalama takip süresine bakıldığında ortalama $3,05 \pm 1,60$ yıldır.

Olguların migren atak özellikleri incelendiğinde ortalama aylık atak sayısının yaklaşık $7,53 \pm 3,36$ olduğu saptandı. Atak süreleri incelendiğinde ortalama $4 \pm 1,89$ saat olduğu görüldü.

Migrenli olgularda semptomlar sorgulandı. Pulsatil özellik varlığı, bulantı ve/veya kusma, fonofobi ve/veya fotofobi, aktivite ile kötüleşme, istirahat ile azalma, ağrı lokalizasyonları sorgulaması Tablo 3 te gösterildi.

Tablo 3. Migrenli hastaların semptom dağılımı

	(n, %)
Pulsatil özellik	32 (%55,2)
Bulantı, kusma	29 (%50)
Fonofobi, fotofobi	43 (%74,1)
Aktivite ile kötüleşme, istirahatle azalma	40 (%69)
Unilateral lokalizasyon	17 (%29,3)

Ağrı bölgesi incelendiğinde ki lokalizasyon Tablo 4’te gösterildi.

Tablo 4. Migrenli olguların ağrı bölgeleri

	n, %
Temporal	18 (31,1)
Frontal	34 (58,6)
Occipital	7 (10,3)

Sübjektif olarak hastaların ağrı şiddetinin 1’den 10’a kadar değerlendirmesi istendiğinde ortalama değer $6,17 \pm 0,19$ saptandı. Olguların 29 (%49,1)’unda orta derecede ağrı, 30 (%50,9)’unda şiddetli ağrı tanımlandı.

Ağrı sırasında analjezik kullanma gereksinimleri Tablo 5’te gösterildi.

Tablo 5. Migrenli olguların ağrı sırasında analjezik kullanma gereksinimi

	n, %
Yok	15 (25,9)
Bazen	21 (36,2)
Her zaman	23 (37,9)

Migrenli hastaların aile öyküsü sorgulandığında çoğunun ailede migren hikayesi olduğu görüldü (Tablo 6).

Tablo 6. Migren hastalarında aile öyküsü varlığı

	n, %
Var	31 (52,5)
Yok	28 (47,5)

Migrenli hastaların boy ve vücut ağırlığı bakıldı. Boy ortalaması $149,1 \pm 19,04$, vücut ağırlığı ortalaması ise $47,14 \pm 19,9$ idi. Beden kitle endeksi ortalama $20.33 \pm 5,46$ idi. Migrenli 10 (%17) olguda obezite saptandı. Migrenli olgular ve kontrol grubu arasında beden kitle endeksi açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,316$).

Migrenli hastaların aura semptomları Tablo 7'dedir.

Tablo 7. Migrenli hastaların aura semptomları

	Sayı	Yüzde
Görsel	1	8,3
Duysal	2	16,7
Motor	2	16,7
Beyin sapı	6	50,0
Retinal bulgu	1	8,3
Toplam	12	100

Migren tetikleyicilerine bakıldığında sadece 7 hasta tetikleyici bir gıda belirtti. Bunlar kahve, çikolata, kuruyemiş, sucuk ve salam idi.

Migren ve kontrol gruplarında yaşam kalitesi karşılaştırıldı (Tablo 8). FSTP, ÖTP de anlamlı fark saptanmazken kantitatif olarak migren grubunda daha yüksek bulundu. DİP, OİP da kantitatif olarak migren grubunda düşük saptandı ancak anlamlı fark yoktu. Sosyal işlevsellik karşılaştırmasında yaşam kalitesinde SİP alanında istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0.049$).

Tablo 8. Migren ve kontrol grubunda yaşam kalitesi skorlarının değerlendirilmesi

		Skor	<i>p</i>
Fiziksel sağlık (FSTP)	Migren	63.09	0,902
	Kontrol	62.58	
Duygusal (DİP)	Migren	57.84	0,114
	Kontrol	64.87	
Sosyal (SİP)	Migren	84.56	0,049
	Kontrol	76.41	
Okul işlevselliği (OİP)	Migren	62.84	0,851
	Kontrol	63.58	
Psikososyal (PSTP)	Migren	68.41	0,968
	Kontrol	68.29	
Yaşam kalitesi ölçek toplam puanı (ÖTP)	Migren	67.08	0,941
	Kontrol	66.86	

Aura varlığı veya yokluğu ile yaşam kalitesi ilişkisi Tablo 9'dadır.

Tablo 9. Auralı ve aurasız migren tanılı olguların yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılması

		Skor	<i>p</i>
Fiziksel sağlık	Aurasız	58.85	0,437
	Auralı	64.19	
Duygusal sağlık	Aurasız	56.52	0,396
	Auralı	62.91	
Sosyal işlevsellik	Aurasız	82.28	0,033
	Auralı	93.33	
Okul işlevselliği	Aurasız	60.43	0,038
	Auralı	72.08	
Psikososyal sağlık toplam	Aurasız	66.41	0,033
	Auralı	76.11	
Yaşam kalitesi toplam puanı	Aurasız	65.85	0,205
	Auralı	71.79	

Atak özelliklerine göre yaşam kalitesi değerlendirmesinde pulsatil özellik ile yaşam kalitesi karşılaştırması Tablo 10'dadır.

Tablo 10. Migrenli olguların pulsatil özellik – yaşam kalitesi ilişkisi

	Pulsasyon	Skor	<i>p</i>
Fiziksel sağlık	var	63.86	0,758
	yok	62.13	
Duygusal sağlık	var	59.53	0,541
	yok	55.76	
Sosyal işlevsellik	var	88.43	0,041
	yok	79.80	
Okul işlevselliği	var	62.96	0,953
	yok	62.69	
Psikososyal sağlık toplam	var	70.31	0,262
	yok	66.08	
Yaşam kalitesi toplam puanı	var	68.70	0,347
	yok	65.10	

Atak özelliklerinden unilateral ağrı varlığının yaşam kalitesine etkisi değerlendirildi (Tablo 11). Anlamlı fark saptanmadı. Okul işlevselliği skorlarında kantitatif olarak fark vardı.

Tablo 11. Migrenli olguların unilateral ağrı – yaşam kalitesi ilişkisi

	Unilateral ağrı	Skor	<i>p</i>
Fiziksel sağlık	var	65.80	0,530
	yok	61.96	
Duygusal sağlık	var	60.58	0,564
	yok	56.70	
Sosyal işlevsellik	var	87.35	0,400
	yok	83.41	
Okul işlevselliği	var	69.41	0,064
	yok	60.12	
Psikososyal sağlık toplam	var	72.45	0,165
	yok	66.74	
Yaşam kalitesi toplam puanı	var	70.79	0,209
	yok	65.55	

Ağrı Şiddeti skorlarına göre yaşam kalitesi değerlendirmesi Tablo 12'dedir.

Tablo 12. Migrenli hastaların ağrı Şiddeti skoru - yaşam kalitesi değerlendirmesi

	Ağrı Şiddeti skoru	Skor	<i>p</i>
Fiziksel sağlık	orta	61,22	0,526
	ağır	64,87	
Duygusal sağlık	orta	59,62	0,759
	ağır	57,75	
Sosyal işlevsellik	orta	80	0,050
	ağır	88,44	
Okul işlevselliği	orta	60	0,279
	ağır	65,17	
Psikososyal sağlık toplam	orta	66,54	0,308
	ağır	70,45	
Yaşam kalitesi toplam puanı	orta	65,21	0,324
	ağır	69,06	

Obez ve normal kilolu hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmesi Tablo 13'tedir.

Tablo 13. Obez ve normal kilolu hastaların yaşam kalitesi değerlendirmesi

		Skor	<i>p</i>
Fiziksel sağlık	Fazla kilolu	62,5	0,923
	Normal kilolu	62,98	
Duygusal sağlık	Fazla kilolu	57,75	0,497
	Normal kilolu	61,42	
Sosyal işlevsellik	Fazla kilolu	82,5	0,764
	Normal kilolu	80,97	
Okul işlevselliği	Fazla kilolu	64	0,823
	Normal kilolu	62,92	

Psikososyal sağlık toplam	Fazla kilolu	68,08	0,926
	Normal kilolu	68,44	
Yaşam kalitesi toplam puanı	Fazla kilolu	66,68	0,916
	Normal kilolu	67,07	



5.TARTIŞMA

Baş ağrısı, çocukluk çağında sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Günümüze kadar okul çağı çocuklarında yapılmış olan farklı çalışmalarda baş ağrısı görülme sıklığını %5,9 ile %82 arasında değiştiğini bildiren yayınlar vardır (7,14,28). Elde edilen bu değişik veriler, baş ağrısı için kullanılan sınıflandırmaların birbirlerinden farklı oluşundan kaynaklanmaktadır. Bu karışıklığa engel olmak amacıyla 1988'de ortaya konan IHS tanı kriterleri 2013 yılında tekrar gözden geçirilerek baş ağrılarının tanısı ve sınıflandırılmasında ortak bir görüş yayınlanmıştır (7). Bu şekilde baş ağrılarının tanısı ve sınıflandırılmasındaki karışıklıkların önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

Baş ağrısının, çocuğun sosyal yaşamında ve okul yaşamında meydana getireceği olumsuz etkileri göz önüne alındığında doğru tanı ve uygun tedavinin önemini vurgulamakta yarar vardır. Baş ağrısı yakınması olan bir çocukta, doğru tanıya ulaşabilmek için ayrıntılı öykü alınmalı ve dikkatli bir şekilde ayırıcı tanı yapılmalıdır. Çünkü çocuklarda görülen baş ağrılarında özellikle migrenin yetişkinlerde görülen baş ağrılarından farklı özellikler gösterdiği bilinmektedir. Çocuklarda migren atakları sırasında karın ağrısı, bulantı ve/veya kusma sıklıkla ataklara eşlik ederken; atağın süresi yetişkinlerdekinden daha kısa sürmektedir. Bu yüzden hastanın öyküsünde; yaş, cinsiyet, yaşanan çevre koşulları, baş ağrısının başlama yaşı, ağrının sıklığı, süresi ve ağrının lokalizasyonu detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Bunlara ek olarak; aura belirtilerinin varlığı, ağrıya eşlik eden semptomların varlığı, ağrıyı tetikleyen veya hafifleten nedenler araştırılmalı ayrıca aile fertlerinde baş ağrısı olup olmadığı öğrenilmelidir (29). Biz de yaptığımız bu çalışmada, anket sorularını yukarıda saydığımız baş ağrısı ve migren semptomlarını içerecek şekilde hazırladık.

Yapılan bazı çalışmalarda okul çağı çocuklarında baş ağrısı %20 oranında görülmüştür (30). Hershey ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmaya göre baş ağrısı çocukluk çağında oldukça yaygın olarak tanı alır. On beş yaşa kadar olan hastaların %75'inde baş ağrısı görülmektedir (36). Ancak 2010 yılında Abu-Arafeh ve ark'nın yaptığı 50 prevelans çalışmasının dahil edildiği meta analizde çocukların %60'ının değişen sıklıkta, en az üç ay süre ile baş ağrısı yakınması olduğu gösterilmiştir. Bu yüksek

değeri toplum sağlığı planlayıcılarının, çocuk hekimlerinin ve nöroloji hekimlerinin dikkate alması gerektiği belirtilmiştir.

Çocukluk çağı baş ağrıları arasında migren en sık görülen birincil baş ağrısıdır. Hem hastalar hem de aileler açısından önemli olumsuz etkileri olmaktadır. Okul çağında migren prevalansı %3,2 ile %14,5 arasında değiştii yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir (32). Abu-Arafeh ve ark. yaptığı meta analiz çalışmasında migren baş ağrısının çocuk ve adolesanların yaklaşık %8'inde en az 3 aylık bir süreçte görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca migrenin 14 yaşından büyük çocuklarda daha yaygın olarak bulunduğu bu meta analiz çalışmasının önemli bir sonucudur (31). Yaptığımız bu tez çalışmasında migren ve kontrol grubu karşılaştırıldığı ve bir saha çalışması olmadığı için görülme sıklığı konusunda fikir vermemektedir.

Migren tipi baş ağrısının çoğunlukla kızları erkeklerden daha çok etkilediği bilinmektedir. Migren bir içselleştirme problemidir ve bu yüzden kızlarda daha fazla görülür, kızlar anksiyetesini migren ve benzeri psikosomatik şikayetlerle dışarıya yansıtmaya meyillidir. Ayrıca erkek cinsiyetin ani ve hayatı tehdit edici hastalıklara daha fazla maruz kalması, kız cinsiyetin ise kronik hastalıklara daha fazla eğilimi vardır. Migren de kronik bir hastalık olduğu için kız cinsiyette daha fazla görüldüğü kabul edilmektedir (34). 2010 yılında Abu-Arafeh ve ark.'nın yaptığı meta-analiz sonucunda kızlarda (%67) erkeklere göre (%58) baş ağrısının daha yaygın olduğu sonucu da ortaya çıkmıştır. Yine bu meta analiz sonucunda 14 yaşından küçük hastalarda kız ve erkeklerde migrenin eşit sıklıkta görüldüğü, adolesan ve genç erişkinde ise kızlarda daha sık olduğu ortaya konmuştur (31). Çalışmamızda migrenli hasta grubu incelendiğinde küçük bir grup olmasına rağmen kız hastaların 2,6 kat fazla olduğu görüldü.

Hastalarımızın yaş ortalaması 12'ydi ve en küçük hastamız yedi yaşında idi.

Çocukluk çağı migreninde aurasız migren daha sık görülür (35). Bizim çalışmamızda da migrenli hasta grubumuzun büyük çoğunluğu aurasız migrendi.

Migren tanılı çocuk hastalarda baş ağrısı atakları Hershey ve ark.'nın 2005 yılında yaptığı çalışmada %83 ve Ekici ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı çalışmada ise %92

oranında bilateral olarak bulunmuştur. Bu durum yetişkindeki unilateral migren atağı özelliklerinden belirgin olarak farklıdır (36, 37). Bizim çalışmamızda en az görülen semptom özelliği ise unilateral lokalizasyonlu ağrı idi.

Çocukluk yaş grubunda migren lokalizasyonu büyük çoğunlukta frontotemporal bölgede bildirilmektedir (4). Çalışmamızda ağrı yerleşimine göre hastalar değerlendirildiğinde en sık frontal, ikinci temporal, en az sıklıkla oksipital yerleşim görüldü. Literatüre uyumlu olarak frontotemporal bölge lokalizasyonu çoğunlukta saptandı.

Hastaların sayısal ağrı derecelendirme skalasına göre ağrı şiddetleri değerlendirildiğinde çoğu hasta orta- ağır şiddette ağrı belirtmiştir (38). Çocukluk çağı migreni çoğunlukla analjezi kullanımını gerektirir(37). Bizim çalışmamızda da %49,1 orta, %50,9 ağır şiddette ağrı saptandı ve çoğu hasta atak sırasında analjezik ihtiyacı olduğunu belirtti.

Zencir ve ark. yaptıkları çalışmada; fonofobiye %86,6, fotofobiye %75 oranda saptadıklarını bildirmişlerdir (39). Çalışmamızda migren semptomları bakıldığında en sık fonofobi, fotofobi görülürken, ikinci olarak aktivite ile kötüleşme, istirahat ile azalma görüldü.

Yapılan çalışmalarda, migrenli olguların %56,5'inde migren yönünden aile öyküsü pozitif olduğu bildirilmiştir (39). Özge ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise migrenli olguların %68,7'sinin annesinde, %49,3'ünün babasında baş ağrısı yakınması olduğu bildirilmiştir (40). Aydın ve ark.'nın 2009 yılında yaptıkları çalışmada hastaların %26,3'ünün annesinde, %11,8'inin babasında ve %15,8 hastanın yakın akrabalarında migren tanı kriterlerine uyan baş ağrısı olduğu bildirilmiştir (41). Bizim tez çalışmamızda ise literatüre uyumlu olarak aile öyküsü varlığı %51,7 saptandı.

Kronik migrenli hastalarda insülin duyarlılığının bozulduğu, hipertansiyon, diyabet, yüksek kolesterol ve obezitenin yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (42). Yapılan bir çalışmada baş ağrısı çeşitlerine sahip hastalar ele alınmış ve bu hastalar beden kitle indeksine göre 5 gruba ayrılarak (zayıf, normal, şişman, obez, morbid obez)

incelenmiştir. Sonuç olarak migren prevalansı beden kitle endeksine göre değişiklik göstermese de obez migren hastalarında epizodik migrenin kroniğe dönme riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (43). Bizim çalışmamızda obezite ve yaşam kalitesi değerlendirilmesinde anlamlı farklılık saptanmadı. Obez olan ve obez olmayan migrenli olguların yaşam kalite skorlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Migrenli olgularımızdan 10 (%16,9) tanesinde obezite tespit edildi. Bu yönden izlemleri devam etmektedir.

Çocukluk çağı migreninde aura nadiren görülür. Bütün yaşlardaki migren popülasyonuna bakıldığında bile aura %10 oranında görülmektedir (44). Bu tez çalışmasında da auralı migren, hastaların %20,3 ü idi. Ancak bu oran kliniğimizde ki auralı migren oranını yansıtmamaktadır. Her iki grubu değerlendirebilmesi amacıyla auralı ve aurasız migrenli olguların çalışmada olması sağlanmaya çalışılmıştır.

Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanır. 20. yüzyılın son yarısından sonra klinik çalışmaların ve yeni tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde bireysel bakışı baz alan “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı”nın önem kazandığı görülmektedir (16).

Kullandığımız yaşam kalitesi ölçeği Varni ve ark. tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. 2-18 yaş grubunda genel SİYK'ni ölçmeyi amaçlamaktadır (22). Bu ölçek dört farklı yaş grubu için hazırlanmıştır. Toplam 23 maddeden oluşan ölçeğin puanlanması üç alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Son olarak yaşam kalitesi toplam puanı hesaplanmıştır. Biz çalışmamızda bu ölçeklerin 8-12 yaş ve 13-18 yaş için geliştirilen formlarını kullandık.

Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak migren hastası çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi toplam puanı hastaların doldurduğu ölçekler için migren grubunda sağlıklı gruptan daha düşük olarak bulunmuştur (3). Bu değerler çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermedi. Örneklem grubunun sayıca az olması buna neden olmuş olduğu düşünüldü.

Ayrıca kontrol grubunun hastaneye bir nedenle gelmiş kişilerden oluşması, bu kişilerde hastane anksiyetesinden ve kendi ya da yakınlarının sağlık durumundan etkilenmiş olabileceği ve bu nedenle yaşam kalitesi puanlarının düşük saptanabileceği akılda tutulmalıdır.

Literatürde çocukluk çağı migreninde, migren tipinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği çalışmaya rastlanmadı ancak migren tipi ile eşlik eden psikiyatrik hastalıkların değerlendirildiği bir çalışmada auralı migrenli olgularda anksiyete ve majör depresyonun sıklıkla eşlik ettiği saptanmıştır (45). Bu kapsamda düşünüldüğünde auralı migrende yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olabileceği öngörüldü. Çalışmamızda hastalar aura varlığı açısından değerlendirildiğinde çoğunluğunun aurasız migren olduğu görüldü. Migren tipine göre değerlendirildiğinde ise aurasız migrenli olguların yaşam kaliteleri literatür bulgularının tersine daha düşük saptandı. Özellikle psikososyal sağlık toplam puanında anlamlı fark görüldü.

Literatüre bakıldığında migrenli çocuk hastalarda pulsatil atak özelliği ve unilaterale ağrı alanlarında daha önce yaşam kalitesi ile değerlendirme yapılmadığı görüldü. Atak özelliklerinden pulsasyon varlığının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirgin olacağı öngörüldü ancak yaşam kalitesi bakıldığında ise anlamlı fark olmadığı saptandı. Buna zıt şekilde beklenmeyen oranda pulsatil özellikli hastaların yaşam kalitesi daha yüksekti. Bunun nedeni ise özellikle 7-12 yaş grubunda pulsasyon ve unilaterale ağrı kavramlarının çocuklar tarafından yeterince algılanamamasıdır. Aynı şekilde unilaterale ağrı varlığında da yaşam kalitesinde anlamlı fark saptanmadı.

Çalışmamızın ana hipotezi olan migrenli hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu hipotezi elimizdeki ölçek ile 59 hasta sayısı ile gösterilememiştir. Ancak kantitatif olarak migrenli olgularda kontrole göre akran aktivitelerinde kötü skorlar saptanmıştır. Bundan öte auralı ve aurasız migrenli hastaların yaşam kalitesi skorları açısından karşılaştırdığımızda aurasız migren psikososyal skorlarının anlamlı derecede kötü çıkması bize aurasız migrenin daha çok psikosomatik bir semptom olarak değerlendirilmesi kanaati doğurmuştur.

Bu tez çalışmasının kısıtlı olan yönleri, örneklemin küçük olması, hasta grubunun genelde atak ile başvuran hastalardan oluşuyor olması, pulsasyon ve unilateral ağrı gibi terimlerin hastalar tarafınca yeterince algılanamamasıdır.

Sonuç olarak bu tez çalışmamızda migrenli çocuklarda yaşam kalitesinin anlamlı olarak etkilenmediği ve atak özelliklerinin yaşam kalitesini değiştirmediği görüldü. Hatta bu çocuklarda sosyal işlevsellik skorlarının daha iyi olduğu saptandı. Bu durumun migrenli olgulardaki mükemmeliyetçi kişilik nedeni ile sosyal ilişkilerine gösterdikleri özen nedeni ile olabileceği düşünöldü. Bu sonuç çocuk ve ergenlerde yaygın olarak görölen migren hastalığının tanınmasının ve psikosozyal açıdan desteklenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Hekim ve ebeveynlerin oluşabilecek sosyal sorunlar açısından dikkatli olmaları önerilmektedir.

6.SONUÇLAR

1. 59 kişiden oluşan, yaş ortalaması 12,29 olan hasta grubunun %72,88'inin kız olduğu görülmüştür.
2. Atak özelliklerinden fonofobi ve fotofobinin %74,1, aktivite ile kötüleşme ve istirahat ile azalmanın %69'unda olduğu görüldü. Bu yükseklik tedavi ve takip açısından klinisyenlere yardımcı olacağı düşünülmüştür.
3. Atak sırasında ağrı bölgeleri bakıldığında literatüre uyumlu olarak fronto-temporal bölge ağrısı çoğunlukta olduğu görülmüştür.
4. 7-18 yaş migren hastalarında yaşam kalitesinin ÇİYKÖ formu ile değerlendirilmesinde FSTP, DİP, OİP, PSTP ve ÖTP ortalamalarının arasında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı düşüklük saptanmamıştır.
5. Yine aynı değerlendirmede hasta ve kontrol grubunun SİP ortalamaları arasında migren grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
6. Aurasız migrenli hastalarda ÇİYKÖ skorlarının daha düşük olduğu, SİP, OİP, PSTP de anlamlı fark olduğu görülmüştür.
7. Pulsatil atak özelliği olan hastalarda bakılan ÇİYKÖ skorlarında anlamlı özellik saptanmamıştır.
8. Unilateral ağrı ile ÇİYKÖ skorları değerlendirmesinde anlamlı fark saptanmadı ancak unilateral ağrı yaşayan grupta ÇİYKÖ skorları daha yüksek saptanmıştır.
9. Migrenli hastalarda ağrı şiddeti orta- ağır şiddette saptanmıştır. Ağrı şiddetine göre yaşam kalitesi bakıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
10. Obez olan ve obez olmayan migrenli olguların yaşam kalitesi değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Ancak bu hastalar kronik migren geliştirme adayı olabileceği için takip edilmelidir.

7. KAYNAKLAR


1. Hayran O, Zarifoğlu M, Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Erdine S. 2000; 181 – 183
2. Lipton RB, Maytal J, Winner P. Epidemiology and classification of headache, in Winner P, Rothner AD: Headache in children and adolescents. Hamilton, London, BC Decker, 2001;1
3. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in pediatric migraine: characterization of age-related effects using PedsQL 4.0 Cephalalgia 2004; 24: 120-127
4. Olesen, J. and T. Steiner, The International classification of headache disorders, 2nd ed. (ICDH-II). Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2004; 75: 808
5. Bolay, H. ve T. Dalkara, Birincil Baş ağrılarının Fizyopatolojisi Türkiye Klinikleri Başağrısı Özel Sayısı, 2003; 1: 98-102
6. Stovner, L.J., Epidemiology of headache in Europe. Eur J Neurol, 2006; 13: 333-45
7. Olesen J, Steiner T. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33: 629–808
8. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. Curr Pain Headache Rep 2013; 17: 341
9. Özek, D. G., Atlıhan, F., Ünalp, A., Uran, N., & Kutlu, A. Çocukluk çağı kronik tekrarlayan baş ağrılarının etiyolojisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2013; 3:153-160
10. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Historical Introduction. In Headache in Clinical Practice. Second Edition Martin Dunitz Ltd, 2002; 1-8
11. Alemdar, M. ve M. Selekler, Migren ve Kortikal Yayılan Depresyon. Ağrı Dergisi, 2006; 18: 24-30.
12. Bolay, H., Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. Nat Med, 2002; 8: 136-42
13. McGregor, A., Acute Migraine Attacks in Editorial, In Evidence based neurology: management of neurological disorders, L. Candelise, Editor. 2007; 29-30
14. A.Siva, Migren, Sempozyum dizisi, İ.Ü Cerrahpaşa Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; No:30, Mayıs 2002;39-50
15. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. Eur Psychiatry 1997; 12: 263-266
16. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1999; 7: 5-13
17. Eiser C. Childrens quality of life measures. Arch Dis Childhood 1997;77:350-354

18. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. Birinci Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, 2004: 1-3
19. Brna PM, Dooley JM. Headaches in pediatric population. Semin Pediatr Neurol 2006; 13: 222-230
20. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. Arch Dis Childhood 2001; 84: 205-211
21. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The PedsQLTM 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care 2001; 39: 800-12
22. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Med Care 1999; 37: 126-39
23. Varni JW, Burwinkle TM, Katz ER. The PedsQLTM in pediatric cancer: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM generic core scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. Cancer 2002a; 94: 2090-106
24. Varni JW, Seid M, Knight TS. The PedsQLTM in pediatric rheumatology: reliability, validity, and responsiveness of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Generic Core Scales and Rheumatology Module. Arthritis Rheum 2002b; 46: 714-25
25. Varni JW, Seid M, Knight TS. PedsQLTM 4.0 generic core scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making. J Behav Med 2002c; 25: 175-93
26. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR. The PedsQLTM in type1 and type 2 diabetes: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory generic core scales and type 1 diabetes module. Diabetes Care 2003a; 26: 631-7
27. Varni JW, Bruwinkle TM, Seid M. The PedsQLTM 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. Ambul Pediatr 2003b; 3: 329-41
28. Muaskop A. Heahache in children. NY State J med 1992; 92: 24
29. Eren F. "Sivas İli İlköğretim Çocuklarında Baş ağrısı ve Migren Sıklığı." Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2010; 4: 2
30. Serdaroğlu, P.D.A., Çocukluk Çağında Migren. Klinik Pediatri, 2005; 4: 59-62
31. Abu-Arafah, I., Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. Dev Med Child Neurol, 2010; 52: 1088-97
32. Üneri, Ö.Ş., N. Şenbil, ve S. Turgut, Migrenli Ergenlerde Yaşam Kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009; 10: 137-41
33. Needham, Belinda, and Terrence D. Hill. "Do gender differences in mental health contribute to gender differences in physical health?." Social Science & Medicine 2010; 1472-1479.
34. Alehan, Füsün. "Çocukluk çağı baş ağrılarının prospektif değerlendirilmesi." Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46: 38-42

35. Hershey, A.D., Use of the ICHD-II criteria in the diagnosis of pediatric migraine. *Headache*, 2005; 45: 1288-97
36. Ekici, B., Çocukluk Migren Hastalarının Değerlendirilmesi. *JOPP Derg*, 2011; 3: 74-78
37. Hawker, Gillian A., "Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap)." *Arthritis care & research* 2011; 63: 11
38. Zencir M, Ergin H, Sahiner T, Kilic I, Alkis E, Ozdel L, et al. Epidemiology and symptomatology of migraine among school children: *Headache* 2004; 44: 780-785
39. Ozge A. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: a school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia* 2003; 23: 138-145
40. Aydin, M., Profile of children with migraine. *Indian J Pediatr*, 2010; 77: 1247-51
41. Fava A. Chronic migraine in women is associated with insülin resistance: A crosssectional study. *European Journal of Neurology* 2014; 21: 267-272
42. Bigal EM, Lipton BR. Obesity is a risk factor for transformed migraine but not chronic tension-type headache. *Neurology* 2006; 67: 252-257
43. Çakır A. "Migrende Klinik Özellikler ve Migrenin Temel Klinik Özelliklerinin IQ İle İlişkisi." 2006
44. Breslau, Naomi, "Headache and major depression Is the association specific to migraine?." *Neurology* 2000; 54: 308
45. Oğul E. *Temel ve Klinik Nöroloji*. Uludağ Üniversitesi Yayınları, Bursa 1996; 161-171

EKLER

Ek 1


T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Toplantı No : 17-
Tarih : 19 Ocak 2016
Karar No : 19

Hastanemiz Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Asistanı Dr. Gizem Güngör TAKEŞ'in tez çalışması olarak yapılması planlanan "Çocukluk Çağı Migreninde Atak Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin değerlendirilmesi" konulu çalışmaya ait dosya görüşülmüş araştırmanın gerekece, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Gizem GÜNGÖR TAKEŞ tarafından, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nöroloji Eğitim Görevlisi Uzm. Dr. Berrak SARIOĞLU sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şökran KÖSE
ÜYELER : Doç. Dr. Ahmet KAYA
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER
Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER
Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU (İZİNLİ)
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN (Katılmadı)
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY
Doç. Dr. Emel Ebru PALA
Emekli Albay. Atıf Can ÖKTEN
Avukat Murat BAŞKIRT

**İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu
Yenişehir / İZMİR
Telefon : 0 232 4696969 / 6143 - 6043 Fax: 0232 4330756**

Ek 2

**ÇOCUKLUK ÇAĞI MİGRENİNDE ATAK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(7-12 yaş için yaşam kalitesi ölçümü)

Adı-Soyadı:

Cinsiyet:

Tel:

Yaş:

Ağırlık:

Boy:

TANI (Auralı- Aurasız):

Migren tanı yaşı:

Takip süresi:

Ağrı özellikleri

1) Atak sayısı (Atak sayısı/ay):

Aurasız (özellikleri kapsayan en az 5 atak)

Auralı (özellikleri kapsayan en az 2 atak)

2) Atak süresi(2-72 saat):

3) Pulsatil özellik: Yok, Var

4) Bulantı-kusma: Yok, Var

5) Fotofobi ve fonofobi:

6) Semptomların aktiviteyle artması veya istirahatle azalması: Yok, Var

7) Unilateral lokalizasyon: Yok, Var

8) Ağrı bölgesi: Temporal

Frontal

Oksipital

9) Ağrı şiddeti: orta-ağır----numeratik sayı:

10) Ağrı sırasında analjezik kullanma gereksinimi:

Yok

Bazen

Her zaman

11) Analjezik kullanımı sonrası ağrı durumu:

İyi yanıt

Kısmi yanıt

Yanıtsız

12) Aile öyküsü: Yok, Var (anne-babada migren)

13) Kronik migren özellikleri(aurasız migrende 3 aydan uzun süredir ayda 15 günden fazla atak): Yok, Var

14) Auralı migrende aura semptomları:

Görsel aura: Yok, Var Duysal aura: Yok, Var

Konuşma bozukluğu Yok, Var Motor: Yok, Var.

Beyin sapı septomları: Yok, Var Retinal bulgu: Yok, Var

15) Migren Tetikleyicileri

GIDALAR

Eski peynir (Tiramin) İncir,muz,kuru üzüm, kırmızı erik
Kafeinli içecekler (Çay, kahve, asitli içecek)

Kuruyemiş Yoğurt

Çikolata, kakao Deniz ürünleri

Konserveler Bezelye

Sucuk, salam, sosis Soğan

Diyet içecekler Alkollü içecekler

Diğer tetikleyiciler hormonal nedenler, az sıvı tüketimi, öğün atlamak, aşırı egzersiz fiziksel yorgunluk, zihinsel yorgunluk, az ya da çok uyku, stres, üzüntü heyecan, mevsimsel değişiklikler, gürültü, kalabalık, parlak ışık ağır koku seyahat, sigara dumanı, yüksek rakım

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Gönüllü onam formu

Bu çalışmaya katılıp katılmamamın alacağım sağlık hizmetini değiştirmeyeceği bana anlatıldı. ‘Adolesan migreninde depresyon, kaygı ve aile yapısının etkisi’ başlıklı çalışmaya kendi rızamla katılıyorum ve doldurduğum ölçeklerdeki verilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasına müsaade ediyorum.

Adı soyadı

İmzası

Kendisi (15-18 yaş için)

Velisi

Ek 3

**ÇOCUKLUK ÇAĞI MİGRENİNDE ATAK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(12-18 yaş için yaşam kalitesi envanteri)

Adı-Soyadı:

Cinsiyet:

Tel:

Yaş:

Ağırlık:

Boy:

TANI (Auralı- Aurasız):

Migren tanı yaşı:

Takip süresi:

Ağrı özellikleri

1) Atak sayısı (Atak sayısı/ay):

Aurasız (özellikleri kapsayan en az 5 atak)

Auralı (özellikleri kapsayan en az 2 atak)

2) Atak süresi(2-72 saat):

3) Pulsatil özellik: Yok, Var

4) Bulantı-kusma: Yok, Var

5) Fotofobi ve fonofobi:

6) Semptomların aktiviteyle artması veya istirahatle azalması: Yok, Var

7) Unilateral lokalizasyon: Yok, Var

8) Ağrı bölgesi: Temporal

Frontal

Oksipital

9) Ağrı şiddeti: orta-ağır-----numeratik sayı:

10) Ağrı sırasında analjezik kullanma gereksinimi:

Yok

Bazen

Her zaman

11) Analjezik kullanımı sonrası ağrı durumu:

İyi yanıt

Kısmi yanıt

Yanıtsız

12) Aile öyküsü: Yok, Var (anne-babada migren)

13) Kronik migren özellikleri(aurasız migrende 3 aydan uzun süredir ayda 15 günden fazla atak): Yok, Var

14) Auralı migrende aura semptomları:

Görsel aura: Yok, Var Duysal aura: Yok, Var

Konuşma bozukluğu Yok, Var. Motor: Yok, Var. Beyin sapı septomları: Yok, Var

Retinal bulgu: Yok, Var

15) Migren Tetikleyicileri

GIDALAR

Eski peynir (Tiramin)

üzüm, kırmızı erik

Kuruyemiş

Çikolata, kakao

Konserveler

Sucuk, salam, sosis

Diyet içecekler

İncir,muz,kuru

Kafeinli içecekler (Çay, kahve, asitli içecek)

Yoğurt

Deniz ürünleri

Bezelye

Soğan

Alkollü içecekler

Diğer tetikleyiciler hormonal nedenler, az sıvı tüketimi, öğün atlamak, aşırı egzersiz fiziksel yorgunluk, zihinsel yorgunluk, az ya da çok uyku, stres, üzüntü heyecan, mevsimsel değişiklikler, gürültü, kalabalık, parlak ışık ağır koku seyahat, sigara dumanı, yüksek rakım

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4
Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4
Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4

5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Gönüllü onam formu

Bu çalışmaya katılıp katılmamamın alacağım sağlık hizmetini değiştirmeyeceği bana anlatıldı. ‘Adolesan migreninde depresyon, kaygı ve aile yapısının etkisi’ başlıklı çalışmaya kendi rızamla katılıyorum ve doldurduğum ölçeklerdeki verilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasına müsaade ediyorum.

Adı soyadı

İmzası

Kendisi (15-18 yaş için)

Velisi

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Gizem Güngör Takeş

Doğum yeri ve tarihi: Eskişehir, 15.01.1988

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Metin Oktay Mah. 52/75 sok. no:34 D:7 Karabağlar/ İzmir,

05321619702

g.gungortakes@gmail.com

gisem_gungor@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2013- Halen: SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Pediatri Kliniği, Asistan Hekim

2005-2011: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri

2001-2005: Sami Yangın Anadolu Lisesi, Kayseri

1997-2001: Osman Düşünel Orta Okulu, Kayseri

1994-1997: Ahmet Baldöktü İlköğretim Okulu, Kayseri

1992-1994: Cumhuriyet İlkokulu, Şarkışla/ Sivas

III- Ünvanları

Asistan Hekim, 2013- Halen

Tıp Doktoru, 2011

IV- Mesleki Deneyimi

2011-2012: Pratisyen Hekim, DHY, Tomarza İlçe Devlet Hastanesi, Kayseri

2013- Halen: Asistan hekim, TUS, SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Pediatri Kliniği, İzmir

V- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları:

1. Arıcan, Pinar, et al. "An occult cause of infantile spasms: Vitamin B12 deficiency. A case report and review of literature." *Neurology Asia* 2016;21:3
2. Oztan M.O., Gungor Takes G. Cagan Appak Y. Management of gastric outlet obstruction due to pyloric ulcer with endoscopic balloon dilatation in a child:A case report. Accepted to *The Journal Of Pediatrics*, 2018