

OFTALMOPEJİK MİGREN

Dr. M. Kemal Parlak (*) Dr. Ahmet Ülman (*) Dr. Bahattin Yardımcı (*)
Dr. Günhan Atail (*) Dr. Niyazi Uygur (**)

Ekstrakraniyal damarlardan (Arterler) kaynaklanan MİGREN vasküler başağrıları içinde yer almaktadır. Bir semptom kompleksi gösteren migren proksimal nitelik göstermektedir. Bir migren nöbetine bulantı, kusma, vizyon değişiklikleri, diplopi gibi çeşitli nörolojik signler eşlik edebilir.

Migren'in nedeni tam olarak bilinmemektedir. Günümüze kadar gelen varsayımlar şöyle sıralanabilir: (5, 6)

- 1 — Hormonal nedenler,
- 2 — Hepato-digestif nedenler,
- 3 — Allerjik nedenler,
- 4 — Pişşik nedenler,
- 5 — Humoral nedenler.

Günümüzde çok humoral nedenler üzerinde durulmaktadır. Asetilkolin, Histamin, Norepinefrin, Serotonin gibi vazoaktif maddelerin humoral nedenler içinde migrenin oluşumunda önemli rollerinin olduğu varsayılmaktadır. Özellikle bunlardan norepinefrin ve serotonine ağırlık verilmekte ve yapılan çalışmalarda migren nöbetinin erken dönemlerinde hastaların idrarlarında bu maddelerin artmış olduğu ileri sürülmektedir (6). Buna karşılık olarak nöbetin başında ise plazma serotonin seviyesinin düşme gösterdiği bildirilmektedir. Kısaca migrenin oluşumunda serotoninin tükenişinin önemli rol oynadığı şimdilik gündemde olan ve taraftar bulan bir görüş olarak ele alınmaktadır (5, 6).

Popülasyonun % 10-15 nin migren nöbetlerinden muzdarip olduğu kabul edilmektedir (3, 5, 6, 7). Kadınlarda 1/2 veya 1/3 oranında erkeklere göre daha sık görüldüğü yazılmaktadır. Başlangıç yaşı genellikle 10-20 dir. Ancak daha küçük veya ileri yaşlardada ortaya çıkma olasılığı vardır (7-11). Familial anamnez ile ilgili veriler elde edilebilir.

(*) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Kliniği

(**) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3 Psikiyatri Kliniği

Bir migren nöbetinin süresi genellikle 3 saatten daha fazla sürer. Birkaç gün süren nöbetlerde mümkündür. Ağrı lokalize başlayıp kısmen jeneralize olabilir.

Bir migren ağrısına kusma, terleme, gözlerde çöküklük kafa derisinde ödem, konjunktivada ödem (bu nedenle bulanık görme) diare konstipasyon, vücutta su tutulması bilinçte değişme gibi belirtiler eşlik edebilir.

Migren Türleri :

1 — *Klasik Olmayan Migren* : Migrenin en sık görülen türü olup aura göstermeyişi ile klasik migrenden ayrılır.

2 — *Klasik Migren* : Aura dönemiyle karakterizedir. Fokal nörolojik bozukluklar (skotom, takiopsi, fotopsi, diplopi, motor bozukluklar gibi) eşlik edebilir.

3 — *Küme Baş ağrısı* = (Cluster Headech) : Nöbetler halinde gelen ve günler hatta haftalarca süren migren türüdür. Nöbetler arası iyilik dönemleri oldukça uzun sürer. Her ağrılı nöbet esnasında dikkat edilirse kısa süreli iyilik hali saptanır. Aura ve fotofobi göstermez. Uykuda (klasik migrenin aksine) artar. Erkeklerde daha sıktır.

4 — *Hemiplejik Migren* : Bir migren nöbetini takiben parezi ve pleji durumunun ortaya çıkmasıyla şekillenir. Pleji veya parezi genellikle 10 gün içinde kendiliğinden düzelir.

5 — *Arteria Bazilaris Migreni* : Vertebro-Baziler Arter Sisteminin beyinde suladığı alana ait nörolojik sign ve semptomların (başdönmesi, vertigo, dizartri diplopi, serebellar belirtiler bilinç bozukluğu veya kaybı gibi) migren tipi baş ağrısına eşlik eden duruma denmektedir.

6 — *Fasiyoplejik Migren* : Ağrı sonunda periferik fasiyal parezi-paralizinin eşlik etmesiyle karakterizedir.

7 — *Oftalmoplejik Migren* : Reküran baş ağrısıyla assosiyeler olarak oftalmoplejinin meydana gelmesi durumunda oftalmoplejik migrenden bahsedilir (2).

Genellikle gençlerde meydana gelir. Frontal bölgede lokalize baş ağrısıyla başlar. Ağrı migren özelliğini gösterir. Yer değiştirebilen ağrı oftalmopleji geliştiği takdirde aynı taraftadır. Oftalmoplejik migrendeki ağrının süresi klasik migrenden daha uzun bir seyir gösterir. Birkaç gün sürdüğü vakalar sıklıkla bildirilmektedir. Ağrı şiddetli olup her ağrı atağında oftalmopleji meydana gelmez.

Oftalmopleji genellikle 10 gün içinde düzelir. Bazen haftalarca devam edebilir (4). Genellikle sekel kalmaz. Ancak tekrarlayan nöbetler nedeniyle oftalmopleji sekel olarak devam edebilir (2, 7, 9).

En sık olarak 3 sinir daha sonra 6 ve 4 sinirler tutulur.

Oftalmoplejiyle beraber zeka, heyecansal durum, hafif konfüzyon mental depresyon, iritabilite gibi pişşik bozuklukların da ortaya çıktığı bildirilmektedir (1). Oftalmopleji ağrının başlamasından genellikle 3-5 gün sonra ortaya çıkar (3).

Walsh ve O'Doherty 1960 yılında bir vakada oftalmoplejik migren tanısına gitmek için şu üç kritere dikkat çekmişlerdir (9).

1 — Tipik migren başlangıcı : Şiddetli, rahatsız edici, ünilateral nadiren bilateral veya değişken ağrı. Ağrı şiddetlenme gösterebilir ve saatler veya günlerce devam edebilir.

2 — Bir veya birkaç oküler motor sinir tutulabilir. İlk ağrı atığında pleji oluşabilir. Nadiren paralizi önce gelebilir.

3 — Otopsi, eksplorasyon (cerrahi) ve anjiografi ile diğer nedenlerin elimine edilmesi koşulu.

Sadece klinik görünümle tanıya gidilemeyeceğini ve migrenli vakalarda anjiografinin minimal riskinin olduğunu bildirmişlerdir.

Paralizin meydana gelmesi konusunda açıklık yoktur. Sifon hizasında genişleyen Arteria Karotis İnternanın basısına bağlı olarak ortaya çıktığı görüşü yanında daha az tutulan arteria Oftalmika'nın vazospazmı varsayımları halen tartışılmaktadır.

Sağıtım :

A — *Nöbetler Sırasında :*

- a — Mutad analjezikler,
- b — Ergotamin tartarat,
- c — Dihydroergotamin,
- d — Sulpirid.

B — *Nöbetler Arasında (Profilaktik olarak)*

- a — Dihydroergotamin,
- b — Antiserotonin maddeler (Deseril, Pizotifen dimétotazin fumarat d'oxétoron gibi),
- c — Sulpiride,
- d — Beta blokerleri: Pindolol (visken) ve propranol (inderal).

Ergotamin preparatlarıyla ağrının dinmesinin tanı koydurucu olduğu ileri sürülmektedir (12).

Vaka :

N. Y., 14 yaşında, Protokol No: 979/2044,

Şikayetleri: Başağrısı, sol gözünün kapanması.

Anamnez : 14.3.1979 tarihinde kliniğimize enterne edilen hastada 5 gün önce sol frontal bölgede lokalize şiddetli, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği ağrı başlamış. Ağrı ilk saatlerde hafifmiş ve gittikçe şiddetlenmiş. Ağrının 5. günü göz kapağının düştüğünü çift gördüğünü farketmiş. Gittiği doktorun önerisiyle kliniğimize başvurmuş.

Hasta benzer durumun 1976 yılındada olduğunu, 3-4 gün süren frontal bölgede lokalize olan ağrı nöbetini takiben 7 gün içinde iyileşen göz kapağının düşmesi (ptoz) ve çift görmeyle şekillenen bir rahatsızlık geçirdiğini ifade etmiştir. Ptozun 7 gün içinde düzelmesine karşılık çift görme iki veya üç ay kadar devam etmiş. Gittiği nöroşürjiyen anjiyografi uygulamış. Anjiyografik tetkikte bir patoloji saptanmamış.

1973 yılında gene oldukça şiddetli, frontal (sol) bölgede lokalize ağrı olmuş fakat ptoz veya diplopi gibi belirtiler olmamış.

Bu şiddetli ve ikisinde nörolojik sign veren üç ağrılı atak dışında bazen hergün 2-3 saat kadar süren bazen hafta veya ayda bir-iki ağrılı nöbetler oluyormuş. Ağrılardan önce hastada halsizlik, renk solması (kirli sarı) gibi belirtiler ortaya çıkarmış. Bu gibi hallerde hasta ağrının başlayacağını tahmin edebiliyormuş. Ağrıya bulantı eşlik edermiş. Zonklayıcı nitelikteki ağrı genellikle 2-4 saat kadar sürermiş. Hasta her ağrı nöbetinde uykuya eğilim gösterdiğini ve uyuduktan sonra ağrısının hafiflediğini veya geçtiğini tanımlamıştır. Dihydergot enjeksiyonlarından yararlandığını belirtmektedir. Hastanın annesi ataklar sırasında hastanın durgunlaştığını, az konuştuğunu ifade etmiştir.

Hastanın ailesinde özellikle annesinde ve bir kardeşinde seyrek ve az şiddetli damarsal nitelikte başağrısı şikayetleri mevcuttur.

Nörolojik Muayene : Sol gözde ptoz, sağa bakışta diplopi, sol iç ve alt rektuslarda parezi, sol pupillada midriazis (sol pupilla 7 mm sağ 4 mm.) Işık refleksi solda azalmış. Konsansuel ışık refleksi azalmış.

Psikiyatrik Muayene : Hastada gerek migren epizodları süresince ve gerekse intervallerde psikotik düzeyde işaret yada belirti saptanmamıştır. Klinik olarak zeka düzeyi normal görülen hastada or-

ganik beyin sendromunu anımsatacak herhangi bir bilinç, bellek, algı yada motor davranış bozukluğu da gözlenmemiştir.

Kriz içinde konsantrasyon azalması, anksiete, endişe, huzursuzluk ve ajtasyon gibi affekt ve davranış bozuklukları ortaya çıktığı ancak krizle birlikte bunların geçtiği görülmüştür. Belirgin bir identifikasyon sapsması saptanmayan hastada narsistik bir eğilim ve ane ile çatışma ve hostilete görülmüşsede bu tutumunda puberte döneminde oluşu, baba'nın kaybı ve organik hastalığının kamçılıyıcı rol oynadığı kanısına varılmıştır.

Labcratuvar Bulguları : Hemogram, Sedimantasyon, İdrar analizi normal. Lökosit Formül normal, Paranasal sinüs grafisi, Akciğer grafisi, Sella grafisi, kraniografi normal. EEG ve Beyin Omirilik Sıvı tetkikleri normal. Ağrılı dönemden sonra yapılan anjiografi (Karotis sistemi) normal. T. A. 11/7 cmHg. Ateş yok. Açlık kan şekeri ve Üre normal.

Tartışma : Böyle ağrılı bir oftalmopleji vakası karşısında oftalmoplejik migren, Tolosa-Hunt Sendromu, Diabetik Oftalmopleji, Serebral Anevrizma ve sifon civarında yeri işgal eden kitle (tümör gibi) öncelikle akla gelmiştir. Ağrının, kliniğin özellikleri, oftalmopleji dışında da migren tipinde ağrıların olmasıyla Tolosa-Hunt Sendromundan (lökositoz ve sedimantasyon yüksekliği gibi laboratuvar bulgularının olmaması) ; birçok kez açlık kan şekerinin normal olması, anne ve babasında Diabetes Mellitus anamnezi saptanmaması, anamnez ve klinik özellikleriyle (ağrının özellikleri, başlama yaşı, Ağrının Dihyergot enjeksiyonuna 2 saatlik süre içinde yanıt vermesi, ağrıdan önce prodromal belirtilerin tanımlanması gibi) Diabetik Oftalmoplejiden; iki kez tekrarlanan anjiografilerin normal olmasıyla Karotis İterna Sistemindeki bir anevrizmadan (A. Koroidalis Posterior anevrizması ekarte edilmemekle beraber) ; grafik tetkikler, klinik bulgular, gene ağrının özellikleri ve anjiografiyle parasellar bir kitleden ayırımı mümkün olmuştur. A. Koroidalis Posterior'deki bir anevrizma (Vertebral anjiografinin yapılmaması nedeniyle) kesin olarak ekarte edilmemekle beraber yukarıda belirtiler ağrının başlama yaşı, özellikleri, dhyergot preparatına yanıt vermesi, gibi özelliklerden hareketle Oftalmoplejik Migren tanısı konmuştur.

Hastanın son yapılan muayenesinde (26.11.1979) sol pupillanın midriatik olduğu ve tanımı yukarıda yapılan ağrı ataklarının zaman zaman tekrarladığı saptanmıştır. Midriasisin literatürde (2, 7, 9) be-

lirtildiği gibi tekrarlayan ataklar sonucu 3. Sinirde meydana gelen değişikliklere bağlanabilir.

Ağrının başlama yaşı, lokalizasyonu, süresi, ağrıdan 4-5 gün sonra oftalmoplejinin ortaya çıkması gibi özellikler literatürle karşılaştırıldığında (2, 4, 7, 9, 11) benzer özellikler gösterdiği görülmektedir.

Sonuç : Bir ağrılı Oftalmopleji vakası karşısında çeşitli durumların tartışılması gerekmektedir. Ağrının ve kliniğin özellikleri, ağrının ergotamin preparatlarına yanıtı gibi durumların bizi Oftalmoplejik Migren tanısına yaklaştırmakla beraber kesin tanının laboratuvar araştırmaları ve anjiyografik tetkikle mümkün olabileceği tartışılmaya çalışılmıştır.

Özet

Migren hakkında genel bir bilgidен sonra hekimlik yaşantımızda sık rastlanmayan bir oftalmoplejik migren vakası tekdım edilmiştir.

Summary

A case of opthalmoplegic migraine is presented.

LİTERATÜR

- 1 — Adams R. D., Victor M., Principles of neurology 1977 (100).
- 2 — Alpers B. J., Clinical Neurology 1963 (153),
- 3 — Baker A. B., Clinical Neurology, 1973 Volume (2) 13: 6-7.
- 4 — Bannister S. R.: Brain's Clinical Neurology, 1978 (191-192).
- 5 — Cambier J., Masson M., Abrégé de Neurologie, 1972, (186).
- 6 — Kayan A. Baş Ağrıları (Ege Tıp Fak.) 1977 (115).
- 7 — Meritt H. Nöroloji (Tercüme), 1975, (694).
- 8 — Nick J., Thérapeutique Médicale, 1978 (614).
- 9 — Walsh F. B., Hoyt W. F., Clinical Neuroophthalmology, 1969, Volume: 2, 1974-78.
- 10 — Walton J. N., Brain's Clinical Neurology, 1978, (191-192).
- 11 — Zembilci N., Sinir Sistemi Hastalıkları, 1979, (298).
- 12 — Criffith J. F., Adams R. D., İç Hastalıklarında Temel Bilgiler, 1976, (69).