

İÇİNDEKİLER

Sıra	Tarih	Yayın	Başlık	Sayfa
1	01.11.2015	Actual Medicine	MİGREN TEDAVİSİNDE YENİLİKLER	3
2	10.02.2016	Anadoluda Bugün	SELÇUK TIP' TA TÜRKİYE' DE BİR İLK	8
3	06.02.2016	Denge (Samsun)	UYANDIĞINIZDA ÇARŞAF BÖYLEYSE	10
4	20.02.2016	Gaziantep Güncel	GENÇLERİN BASI AĞRIYOR	11
5	25.02.2016	Haber Karadeniz	İMİTAL	12
6	10.02.2016	Konya Memleket	SELÇUK TIP TA BİR İLK	13
7	24.02.2016	Konya Merhaba	SELÇUK TIP A EK BİNA YAPILACAK	14
8	24.02.2016	Rasyonel Haber	SELÇUK TIP, HİZMET ÇITASINI YÜKSELTİYOR	15
9	26.02.2016	Sesimiz Trabzon	PARKİNSON TEDAVİSİNİ OLUMSUZ ETKİLİYOR	16



MİGREN TEDAVİSİNDE YENİLİKLER

Doç.Dr. Ebru ALTINDAĞ*, Prof.Dr. Betül BAYKAN**

*İstanbul Florence Nightingale Hastanesi Nöroloji Kliniği

**İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı

draykulutu@hotmail.com • betulbaykan@yahoo.com

Doç.Dr. Ebru Altındağ: 1974 yılında doğdu. 1991 yılında Aydın Lise'sini bitirdi. 1997'de İstanbul Tıp Fakültesi'nde tip eğitimini tamamladı. 2004 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'nda Nöroloji Uzmanı oldu. Aynı yıl Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nde İnce Ünitesi ve Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi sorumlu uzmanı olarak çalışmaya başladı. Bir yıl süre ile İstanbul Bilim Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'nda çalıştı ve 2010 yılında Doçent unvanını aldı. Ana akademik ilgi alanları; epilepsi, EEG, inme ve nöroloji yoğun bakımıdır. SCI'de indekslenen dergilerde 30 adet yabancı yayını, Türkçe hakemli dergilerde yayınlanmış makaleleri, çeşitli kitap bölüm yazarlıkları vardır. İyi düzeyde İngilizce bilmektedir. Birçok ulusal ve uluslararası kongre poster, sözlü bildiri sunmuş ve konuşmacı olarak görev yapmıştır. Halen İstanbul Florence Nightingale Hastanesi'nde Nöroloji ve EEG-video-EEG monitörizasyon Laboratuvarları'nın sorumlu uzmanı olarak çalışmaktadır. Doç.Dr. Altındağ, evli ve bir çocuk annesidir.

Prof.Dr. Betül Baykan: 1965 yılında doğdu. 1983 yılında İstanbul Erkek Lisesi'ni bitirdikten sonra 1989'da İstanbul Tıp Fakültesi'nde tip eğitimini tamamladı. Aynı fakültenin Nöroloji Ana Bilim Dalı'nda 1994 yılında Nöroloji Uzmanı, 1999 yılında Nöroloji Doçenti ve 2005 yılında da Profesör unvanını aldı. Aynı bölümde çalışmalarına devam ederken 5 ve 2 aylık süreler ile Almanya Münih ve Essen Üniversiteleri'nde çalışmalarında bulundu. Ana akademik ilgi alanları epilepsi, EEG, baş ağrısı, Nöro-Behçet hastalığı ve nörogenetiktir. SCI'de indekslenen dergilerde 75 adet yabancı yayını ve Türkçe hakemli dergilerde yayınlanmış 50'yi aşkın makalesi, çeşitli kitap bölüm yazarlıkları ve "Nonkonvülsif Status Epileptikus" başlıklı bir Türkçe kitabı vardır. Çok sayıda yerli ve yabancı dergide hakemlik yapmaktadır. SCI-expanded kapsamında yer alan Nöropsikiyatri Dergisi Editörüdür. İyi düzeyde İngilizce ve Almanca bilmektedir. **Türk Nöroloji Derneği**'nın Nörogenetik çalışma grubu kurucusu; Türk Epilepsi ile Savaş Derneği genetik komisyon kurucusudur. Avrupa Epilepsi Akademisi (EUREPA) tarafından "epileptolog ve eğitmen" olarak sertifikalandırılmıştır. "Epilepsi Genetiği" ve "Epilepsi Farmakoterapisi" konularında EUREPA sertifikasi sahibidir. Ayrıca İ.Ü. Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü Genetik Ana Bilim Dalı'nda da öğretim üyesi olarak görev almıştır. Birçok ulusal ve uluslararası kongre poster, sözlü bildiri ile katılmış, konuşmacı, oturum başkanı ve düzenleyici olarak görev yapmıştır. Epilepsi genetigi konusunda ilk Avrupa Birliği 6. çerçeve kapsamında projede Türkiye adına katılımcı olarak yer almıştır. Halen İstanbul Üniversitesi Epilepsi Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdür Yardımcısı olarak görev yapan Prof.Dr. Baykan, evli ve bir çocuk annesidir.

Migren tüm baş ağrısı hastalıkları içinde doktora en fazla başvuru nedenidir. İnsanlık tarihi kadar eski bir hastalık olan migren, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en çok kısıtlılık yapan hastalıklar arasında ele alınmıştır.¹ Ülkemizde kadınlarda %24,6 ve erkeklerde %8,5 olmak üzere toplumda %16,4 oranında migrenli olduğu saptanmıştır.² Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu'nun (International Headache Society-IHS) baş ağrısı sınıflamasında migren; aurasız migren, auralı migren, familyal veya sporadik hemiplegik migren ve baziler tipte migren olarak sınıflandırılırken, kronik migren, migren statusu, enfarktin olmadığı süregiden aura, migrenöz enfarkt ve migrenin tetiklediği epi-

leptik nöbet migren komplikasyonları olarak tanımlanmıştır.³

Migren klinik olarak tanısı konulabilen bir hastalıktır. Migren tanısı için özel bir laboratuvar testi ve radyolojik inceleme yoktur. Migren tanısı konduktan sonra hastaya migrenin hayatı tehdit eden bir beyin hastalığı olmadığı ve tedavisinin belli bir düzene göre ve hekimle işbirliği içinde yapılması gereği açıklanmalıdır. Migren tedavi edilmelidir çünkü ağrı hastanın hayat kalitesini bozduğu gibi atak sırasında hastanın işini yapamamasına, üretim ve kapasite kaybına uğramasına yol açar.

Genetik bir bozukluk olan migren atakları nöronal aktivasyon ile ortaya

çıkar. Nöronal aktivasyonun başlangıç noktası tartışmalı olmakla birlikte kortikal yayılan depresyon ve beyinsapı jeneratörü üzerinde durulan 2 görüntüdür. Patofizyolojisi halen tam olarak bilinmeyen migrenin ilaçla tedavisi, atakları önlemeye yönelik günlük koruyucu tedavi ve atakların ağrı, bulantı ve kusma gibi semptomlarının giderilmesine yönelik "atak (akut/ağrı) tedavisi olarak iki şekilde yapılabilir.⁴

Atak tedavisi

Atak tedavisinin amacı en az yan etkili ve en uygun maliyetli ilaçla, hızlı ve etkin bir şekilde atağı sonlandırmak, reküransı önlemek, hastanın acil servislere başvurusunu azaltmak, dizabi-

Migren Tedavisinde Yenilikler
Doç.Dr. Ebru ALTINDAĞ • Prof.Dr. Betül BAYKAN

litesini azaltarak, normal yaşamına dönmemesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır.^{1,5} İlaçların atağın başlangıcında, mümkün olduğunca erken alınması önemlidir. Karanlık ve sakin odada, buz paketi koyarak dinlenmek de ağrının giderilmesini kolaylaştırır. Eğer hasta uyuyabilirse de genellikle ağrısı bitmiş olarak uyanır. Her hastaya standart bir yaklaşım yoktur, hastanın durumuna ve özel gereksinimine göre yönlendirilir.

Atak tedavisinde genellikle asetilsalüsilik asit, naproksen, etodolak veya ibuprofen gibi nonsteroidal antienflamatuvlar analjezik ilaçlar (NSAİl) veya asetaminofen ve kafeinle kombin edilmiş analjezik ilaçlar kullanılabilir. Migren için özel olan atak tedavisinde ise ergot preparatları ve triptanlar bulunur. Uzun süreli kullanımda belirginleşen damar daraltıcı riskleri nedeni ile maliyeti düşük olmasına rağmen ergot preparatlarının yerini triptanlar almıştır. Serotoninergik etkili ilaçlar olan triptanlar grubunda yer alan sumatriptan, eletriptan, rizatriptan ve frovatriptan, Shidroksi triptan 1B ve 1D reseptör agonisti olarak etki ederler. Oral preparatlarının yanı sıra deri altı enjeksiyon ve nazal sprey şeklinde kullanılabilmeleri bulantıkusması olan hastalarda kullanım kolaylığı oluşturmaktadır.¹

Akut tedavide kortikosteroidlerin ve opioidlerin yeri yoktur. Hızlıca doz azaltarak kesmek kaydı ile prednizon 60 mg/gün, 3 gün süreli deksametazon 12 mg/gün, IV deksametazon 10 mg uzayan, dirençli migren status tablolardında kullanılabilir. Opioidler sadece başka hiçbir medikasyon kullanılmamışsa, hasta gebeysse, koroñer arter hastalığı varsa, kötüye kullanım riski yoksa kullanılabilir.^{1,5}

Antiemetiklerin hem bulantı giderici etkileri hem alınan NSAİl'nin etkinliğini artırmaları hem de hafif analjezik

etkileri nedeni ile yararlı oldukları bilinmektedir. Bu amaçla metoklopramid (10-20 mg, oral-IV) veya domperidon (20-30 mg oral) kullanılabilir. Ancak diskinezilere karşı dikkatli olunmalıdır. Atak tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir.¹

Günlük önleyici tedavi

Baş Ağrısı Birliği migrende günlük önleyici tedavinin amaçlarını tanımlamıştır.⁶ Buna göre:

1. Atak sıklığını %50 ve daha fazla miktarда azaltmak,
2. Atak süresi ve şiddetini azaltmak,
3. Akut tedavinin etkinliğini artırmak,
4. İlaç aşırı kullanımı ve kronik günlük baş ağrısı oluşumunu engellemek.

Amerikan Migren Sıklık ve Koruyucu Tedavi Çalışması ise koruyucu tedavi için endikasyonları şu şekilde tanımlamıştır:⁶

Tablo 1: Atak tedavisinde kullanılan analjezik ilaçlar

İlaç	Önerilen Doz	Etkinlik Düzeyi	Olası veya Sık Yan Etki	Olumlu Komorbid Durum	Olumsuz Komorbid Durum veya Kontrendikasyon
Asetil salisilik asit	1000 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri, kanama eğilimi	Koroner arter hastalığı, geçici iskemik atak	Böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, peptik ülser, gastrit, kanamalı durumlar
Parasetamol (+Kafein)	500-1000 mg	?+	Nadir (karaciğer, kan ve deri)	Gebelik	Karaciğer hastalığı
Naproksen	550-1100 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Artrit ve diğer ağrılı durumlar	Ülser, gastrit
Metamizol oral ve İ.V.	1000mg	+	Hipotansiyon Agranülositoz,	-	Porfiri, kan diskrazileri, glikoz 6 P dehidrogenaz eksikliği
Diklofenak Potasyum	50-100 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Artrit ve diğer ağrılı durumlar	Ülser, gastrit, ürtiker, kolit, karaciğer ve böbrek yetmezliği
Flurbiprofen	100-300 mg	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Romatizmal hastalıklar, dismenore	Renal ve hepatik fonksiyon bozukluğu, sıvı retansiyonu, ödem
Ibuprofen	200-8000	++	Gastrointestinal sistem yan etkileri	Romatizmal hastalıklar, dismenore	Renal ve hepatik fonksiyon bozukluğu, sıvı retansiyonu, ödem



Tablo 2: Atak tedavisinde kullanılan migrene özel ilaçlar

İlaç	Önerilen Doz	Etkinlik Düzeyi	Olası veya Sık Yan Etki	Olumlu Komorbid Durum	Olumsuz Komorbid Durum veya Kontrendikasyon
Eletriptan (Oral)	40 mg	+++	Ateş basması, kırgınlık, halsizlik, asteni, sersemlik hali, baş dönmesi, bulantı, göğüste basınç, sıkıntı hissi ve ağrı	Yok	Baziler tip migren, hemiplejik migren, peptik ülser, periferik arter hastalığı, Prinzmetal anjinasi, kontrol edilemeyen hipertansiyon
Naratriptan (Oral)	2.5 mg	+			
Sumatriptan (Oral)	50-100 mg	+++			
Zolmitriptan (Oral, nazal)	2.5 mg	+++			
Rizatriptan	10 mg	+++			
Frovatriptan*	2.5 mg	++			
Sumatriptan (Subkutan)	6 mg	++++			

*Frovatriptan daha uzun etkilidir ve perimenstrüel migrende koruyucu tedavide kullanılabilir.

1. Ayda en az 6 baş ağrısı günü; günlük yaşam aktivitesinde bozulmaya neden olan ayda en az 4 baş ağrısı günü; günlük yaşam aktivitesinde ciddi bozulma ve yatak istirahati gerektiren ayda en az 3 baş ağrısı günü olduğunda atak önleyici tedavi başlanmalıdır.

2. Günlük yaşam aktivitesini etkilemeyen ayda 4-5 baş ağrısı günü; hafif etkilenmeye neden olan ayda 2-3 baş ağrısı günü; ciddi etkilenmeye neden olan ayda 2 baş ağrısı günü olduğunda atak önleyici tedavi düşünlmelidir.

3. Günlük yaşam aktivitesini etkilemeyen, ayda 4'den az baş ağrısı günü veya günlük yaşam aktivitesi üzerine etkisi dikkate alınmaksızın ayda 1 veya daha az sıklıkta baş ağrısı gününde atak önleyici tedavi gereklidir.

Atak önleyici tedavi düzenlenirken hastanın yaşı, cinsiyeti, depresyon veya epilepsi gibi komorbid durumların varlığı, hastanın tercihi, ilaçların etki ve yan etki profilleri göz önünde bulundurularak bir tercih yapılmalıdır. Hasta kadın ve doğurganlık yaşında ise mutlaka doğum kontrolü hasta ile

konuşulmalı, başlanacak ilaçın teratojen etkisi konusunda hasta bilgilendirilmelidir. İlaç içinde 1 kez veya en fazla 2 kez alınmalıdır. İlaç karar verdikten sonra tedaviye düşük dozda başlanmalı, her bir ilaç en az 2 ay süre ile kullanılmalı, ilaç etkileşimi, kontrendike durumlar ve analjezik ilaç aşırı kullanımına dikkat edilmelidir. Hasta hekim ilişkisi bu tedavinin

sürekliliği ve etkinliğinde çok önemlidir. Hasta bir sorun ile karşılaşlığında hekime ulaşılmalıdır. Hasta baş ağrısı günlüğü ile yakın takip edilmelidir (Şekil 1). Koruyucu tedaviye yanıtız olguda hastanın günü günü dikkatle ele alınmalı, hastanın beklenen dozu, ilacı gerektiği gibi kullanıp kullanmadığı, yan etkiler gözden geçirilmelidir. Hastanın iyi

Şekil 1: Ağrı günlüğü

Yıl: _____ Ay: _____

Gün	Ağrı (+)	Bağışma saatı	süre saat	Şiddet*	Aidiğiniz ağrı kesici adı, kaç tane, alındığı saat	İşken rahatsızlık	Sesten rahatsızlık	Bulantı, kusma	Hareketle artışı	Şehir dışı seyahat
Örnek	+	13:00	4 saat	Orta	Aspirin (saat 14:00'de 2 tane)	+	+	+	+	+
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

*ŞİDDET: Hafif: Gündelik işleri güçlüğe sürdürüyorum, Orta: Gündelik işleri güçlüğe sürdürüyorum, Şiddetli: Hiçbir iş yapamıyorum veya çok zor yapıyorum.

Migren Tedavisinde Yenilikler
Doç.Dr.Ebru ALTINDAĞ - Prof.Dr. Betül BAYKAN



uyku düzeni, beslenme ve spor gibi yaşam hijyenine dikkat etmesi, tetikleyicilerden uzak durması ögütlenmelidir. Koruyucu tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde en sık yapılan hata tedavide gecikme, düşük doz, kısa süreli kullanım ve ilaç seçerken komorbiditeye dikkat edilmemesi sayılabilir.⁴

Koruyucu tedavide çok sayıda ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaçların hiçbirini başlangıçta migren için geliştirilmemiştir. Hastalar ilaç yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir. Antiepileptik ilaçlar, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, bazı antidepressanlar ve bazı antihipertansifler çeşitli farklı

mekanizmalarla kortikal yayılan depresyonu inhibe ederek etki ederler. Koruyucu tedavide kullanılan bazı ilaçlar, dozları, hangi komorbid durumlarda tercih edilmeleri gerektiği ve kontrendike veya kullanımlarının sakincalı olduğu durumlar tablo 3'de özetlenmiştir. Bu ilaçların dışında menstrüel migrende kısa süreli koruyucu tedavide triptanların özellikle frovatriptanın etkinliği gösterilmiştir. Bunların dışında veba otu yani petasites, coenzimQ10, östrojen, magnezyum, riboflavin, omega 3, histamin, nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİL) ve hiperbarik oksijen tedavisi migren profilaksisinde kullanılan di-

ğer etkinliği gösterilmiş veya üzerinde çalışılan tedavilerdir.^{4,7}

Migren ataklarının sikliğinin ve süresinin artarak günlerce devam etmesi kronik migren olarak adlandırılır. Kronik migren ayda 15 gün veya daha sık ortaya çıkan ve bunların en azından 8'inin migrenöz karakterde özellikler taşıdığı veya migrene özgü tediyye yanılı baş ağrısı şeklinde tanımlanmıştır.⁸ İlaç aşırı kullanımının sorulanması ve dışlanması önemlidir.⁹ Atak tedavisine gereksinimin artması ve bunun sonucunda ilaç aşırı kullanımı epizodik migreni kronik migrene dönüştür. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı epizodik migrenden daha dirençlidir ve daha fazla dizabiliteye yol açar. Atak tedavilerinin çoğunu ayda 10 veya daha fazla kullanım, haftada 1'den fazla kullanılan butalbital veya ayda 8'den fazla kullanılan opioidler ilaç aşırı kullanım baş ağrısına neden olurlar. Bu durumda koruyucu tedavi başlanırken bir yandan ilaç detoksifikasyonu da yapılmalıdır.⁴

Kronik migren tedavisinde kullanılan ilaçlar migren profilaksisinde kullanılan ilaçlardır. Topiramat kronik migren tedavisinde en sık kullanılan ilaç

Tablo 3: Koruyucu tedavide kullanılan ilaçlar ve dozları

İlaçlar	Önerilen dozlar	Komorbid durum	Kontrendike/sakincalı durum
Valproat	400-1000 mg/gün	Epilepsi	Obezite, gebelik, karaciğer hastalığı
Topiramat	25-200 mg/gün	Obezite, epilepsi	Beden zayıflığı, glokom, böbrek taşı, dikkat gerektiren iş
Gabapentin	900-2400 mg/gün	Epilepsi, nöropatik ağrı	Obezite
Metoprolol	50-200 mg/gün		
Propranolol	80-240 mg/gün		
Atenolol	20-30 mg bid	Hipertansiyon, stres	Depresyon, astım, Raynaud fenomeni, beden zayıflığı
Nebivolol	100 mg/gün		
Amitriptilin	25-150 mg/gün	Depresyon, insomni	Yaşlı hasta, dikkat gerektiren iş, obezite
Venlafaksin	150 mg/gün		
Sertralın	50-100 mg/gün		
Flunarizin	10 mg/gün	Hipertansiyon, anjina	Yaşlı hasta, obezite
Verapamil	120-240 mg/gün		

ların başında gelmektedir. Hatta ilaç aşısı kullanım baş ağrılarında detoksifikasiyon yapmadan aynı etkinlikte olduğu gösterilmiştir.¹⁰

Kronik migrende etkinliği gösterilen bir başka tedavi Botulinum toksini uygulamasıdır. Bu amaçla kullanılan Onabotulinumtoxin A (BTX) presinaptik asetilkolin salınımını geri dönüsüz bloke eden bir nörotoksindir. Kronik migrende P maddesi ve kalsitonin gen ilişkili peptid gibi nörotransmitterlerin salınımını inhibe etmek, kas spazmı ve sinir iletimini etkilemek, periferik duyarlılığı baskılara rak santral duyarlılığı ilerlemesini engelleyerek etki ettiği ileri sürülmektedir.¹¹ Geniş bir hasta grubunda placeboya göre baş ağrılı gün sayısı, ağrı şiddeti, kısıtlılık ve triptan kullanılan gün sayısı üzerinde olumlu etkisi gösterilmiş olan BTX uygulamasının, topiramat 200 mg/gün ile karşılaştırıldığı

bir başka çalışmada topiramat kadar etkin olduğu, hatta BTX uygulanan grupta daha az yan etki gözleendiği bildirilmiştir.^{12,13} Büyük oksipital sinir blokajı da BTX kadar popüler olmasa da ucuz ve etkili bir seçenek olarak yerini korumaktadır.

Öte yandan nöral terapi, akupunktur gibi yaklaşımların ve cerrahi girişimlerin migren tedavisinde hiçbir bilimsel temelli yeri yoktur, uluslararası bilimsel kurumlarca önerilmemektedir ve bu girişimlere ilişkin yararlar placebo etkiden ötürü bildirilmekte ya da kötüye kullanılmaktadır.

Gabapentin, pregabalin, tizanidin, fluoksetin memantin ve zonisamidin de kronik migrende kısmen de olsa etkili olduğu literatürde bildirilmiştir.⁹

Hastaların migren tetikleyicileri konusunda bilgilendirilmesi, kendi özgün tetikleyicilerini saptayarak; bunlardan

uzak durmaları çok kritik önem taşır. Yaşam hijyeni diyebileceğimiz uyku düzeni, aç kalmama, aşırı yorgunluk ve stresten sakınma her hastaya önerilmelidir.

Sonuç olarak migren tedavisi sadece ilaç tedavisi değildir. İyi bir hasta-hekim ilişkisi ve yakın izlem gereklidir. Hastanın tutacağı baş ağrısı günlüğü atak ve/veya koruyucu tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde, tetikleyici faktörlerin ortaya çıkarılmasında çok yardımcı olacaktır. Eğitim, sosyal destek, beklenen düzeyinin gerçekçi düzeyde olması, yaşam tarzındaki düzenlemeler çok önemlidir. Önleyici tedavi sadece ilaç tedavisi ile sınırlanılmamalıdır. Uygun hastada ehil kişilerce psikiyatrik değerlendirme, kognitif davranışsal tedavi, gevşeme teknikleri ve "biofeedback" gibi non-farmakolojik yaklaşımalar da düşünülmelidir. ☺

Kaynaklar

1. Baykan B, İdrisoğlu HA: Başağrısı. In: Öge AE, Baykan B (eds)(2.edt): Nöroloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, pp 2010.
2. Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, Onal AE, Siva A. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain.* 2012;13:147-57
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 9-160.
4. Estemalik E, Tepper S. Preventive treatment in migraine and the new US guidelines. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013; 9: 709-720.
5. Öztürk V, Ertaş M, Baykan B, Sirin H, Özge A; Mig-Etol Study Group. Efficacy and safety of 400 and 800 mg etodolac vs. 1,000 mg paracetamol in acute treatment of migraine: a randomized, double-blind, crossover, multicenter, phase III clinical trial. *Pain Pract.* 2013;13:191-7.
6. Silberstein SD, Goadsby PJ. Migraine: preventive treatment. *Cephalgia* 2002; 22(7): 491-512.
7. Loder E, Burch R, Rizzoli P. The 2012 AHS/AAN Guidelines for prevention of episodic migraine: A summary and comparison with other recent clinical practice guidelines. *Headache* 2012; 52: 930-945.
8. Headache Classification Committee, Olesen J, Bousser MG, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalgia* 2006; 26: 742-746.
9. Özemir ZA, Baykan B. The face of chronic migraine which has started to be clarified. *Archives of Neuropsychiatry* 2013;50 (Supp 1): 21-25.
10. Limroth V, Biondi D, Pfeil J et al. Topiramate in patients with episodic migraine: reducing the risk for chronic forms of headache. *Headache* 2007; 47: 13-21.
11. Aoki KR. Evidence for antinociceptive activity of botulinum toxin type A in pain management. *Headache* 2003; 43: 9-15.
12. Diener HC, Dodick DW, Aurora SK et al. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalgia* 2010; 30: 804-814.
13. Mathew N, Jaffri S. A double-blind comparison of OnabotulinumtoxinA (BOTOX) and topiramate for the prophylactic treatment of chronic migraine: a pilot study. *Headache* 2009; 49: 1466-1478.



Selçuk Tıp'ta Türkiye'de bir ilk

Tıp Fakültesi'nde eğitim gören Dönem 4 ve 5 öğrencileri için Türkiye'de ilk kez Topluma Dayalı Tıp, Kanita Dayalı Tıp ve Hekimlik Uygulamaları Ortak Programı gerçekleştirildi. **AKTF**

Selçuk Tıp'ta Türkiye'de bir ilk

Tıp Fakültesi'nde eğitim gören Dönem 4 ve 5 öğrencileri için Türkiye'de ilk kez "Topluma Dayalı Tıp, Kanita Dayalı Tıp ve Hekimlik Uygulamaları Ortak Programı" gerçekleştirildi



Mustafa Şahin



Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören Dönem 4 ve 5 öğrencileri için ilk kez Topluma Dayalı Tıp, Kanita Dayalı Tıp ve Hekimlik Uygulamaları Ortak Programı gerçekleştirildi. 4 gün boyunca 27 öğretim üyesi tarafından uygulanan programda staj eğitimi alan öğrencilere, standart eğitim verilmesinin güç olması sebebiyle ortak bir eğitim almaları sağlandı. Mezuniyet Öncesi Eğitim Komisyonu'nda alınan 25.02.2015.tarihli 2015/02 karar sayılı Topluma Dayalı Tıp, Kanita Dayalı Tıp ve Hekimlik Uygulamaları Ortak Programı'nın Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi

lerine yeni ufuklar açması ve farkındalık oluşturması hedeflendi.

ÖĞRENCİLERE BU DERSLER VERİLDİ

4 gün süren program boyunca Doç. Dr. Ertan Özensel tarafından "Bilimsel Düşünme Nedir?", Yrd. Doç. Dr. Ayşen Melek Aytuğ Koşan tarafından "İletişim Becerileri ve Tıp", Doç. Dr. Özlem Karakuş tarafından "Ailede Kadın, Erkek ve Çocukların Rolleri", Prof. Dr. Kamil Marakoğlu tarafından "Evliliğe Sağlıklı Başlama", Doç. Dr. Murat Öncel tarafından "Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Uygulamaları", Prof. Dr.

Duygu Findik tarafından "Sağlıkta Birlik (One Health)", Prof. Dr. Şerefur Oztürk tarafından "Hitit Tabletlerinde Nöropati", Prof. Dr. Mustafa Şahin tarafından "Cerrah Olmak Nedir?", Doç. Dr. Hakan Kamil Doğan tarafından "Hekimlikte Mobbing ve Şiddet", Prof. Dr. Hanife Soylu tarafından "Bilimsel Makale Nasıl Okunur?", Prof. Dr. Jale Bengi Çelik tarafından "Zor Durumda Hekimlik", Prof. Dr. Oktay Sarı tarafından "Osteopatik Tıp Nedir?", İntörn Dr. Merve Sinoplu tarafından "Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Öğrenci Olmak", Prof. Dr. Hülagu Barışkaner tarafından

"Kanita Dayalı Tıp Deyince Ne Anlamalıyız?", Doç. Dr. Yavuz Selvi tarafından "Niçin Uyuyoruz?", Doç. Dr. Rengin Elsürer tarafından "Anamnez Almanın İncelikleri", Doç. Dr. İnci Kara tarafından "Alternatif Tıp Uygulamaları"

Uzm. Dr. Ayhan Onur tarafından "Organ Naklinde Bilmediğimiz", Yrd. Doç. Dr. Fatih Kara tarafından "Dezavantajlı Gruplar ve Sağlık Uygulamaları", Prof. Dr. Mezahir Avşar tarafından "İnsan Yaşamında Sanat", Yrd. Doç. Dr. İlknur Albayrak Gezer tarafından "Plejik Hastaların Bakımı", Doç. Dr. Seza

Apilioğulları tarafından "Bilimsel Makale Okumalı Miyız?", Doç. Dr. Osman Temizel tarafından "Neden Girişimsel Radyoloji Olmalı?", Doç. Dr. Hasibe Artaç tarafından "Flowsimetri Neden Önemli?", Yrd. Doç. Dr. Hasan Kara tarafından "Acil Doktorunun 24 Saati", Dr. Gülden Ünver tarafından "Mezun olan bir doktoru neler bekliyor?", Prof. Dr. Hakan Karabağlı tarafından "Tıp ve Mitoloji" konuları anlatılarak Topluma Dayalı Tıp (TDT) uygulamaları, Kanita Dayalı Tıp (KDT) uygulamaları ve Hekimlik Uygulamaları (HEK) eğitimi verildi.

UYANDIĞINIZDA ÇARŞAF BÖYLEYSE...

Sabah yatak kenarında toplanmış çarşaf hem uykuya hem de sağlığı olumsuz etkileyen "uykuda hareket bozukluğu"nun habercisi olduğu bildirildi.

Türk Noroloji Derneği Uyku Bozuklukları Çalışma Grubu Üyesi ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Murat Aksu, uykuda hareket bozukluğunun çeşitli sağlık sorunlarına yol açtığını belirtti. "Sabah çarşafım yatağım kenarında veya üstünde bulanlarla uykuda hareket bozukluğu olabilir" uyarısı yaparak Aksu, uykuda hareket bozukluğunun en önemli belirtisinin, yataktı çok hareket etmek olduğunu ancak bu hareketlerin yoğunun hasta tarafından hatırlanmadığını anlattı. Bu tür rahatsızlıkların kalp krizi ve felce bile yol açtığını dikkati çekten Aksu, "Uykumumu yetersiz olmasından ev ve iş kazalarına davetiye çıkarır" uyarısında bulundu. Uykuda hareket bozukluluğuna karşı ilaç tedavisi uygulanmadığını ifade eden Aksu, sık görülen hareket bozuklarından dış gicirdatmasında ise gece ağız içine takılan protezler ya da botoks uygulamasının yararlı olduğunu, cıgneme ve şakak kaslarını düşük dozdza uygulanan botoksun en az 6 ay süreyle bu rahatsızlığı önlediğini belirtti.



Gençlerin başı ağrıyor

Ergenlik dönemindeki gençler üzerinde yapılan çalışmada, 12-18 yaş aralığındakilerin yarısında bir yıl içinde tekrarlayan baş ağrıları saptandı.

Bunların yüzde 26'sında "gerilim tipi", yüzde 14'ünde de "migren tipi" baş ağrısı görülüyor.

Türk Nöroloji Derneği (TND) Baş Ağrısı Çalışma Grubu Başkanı ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Zarifoğlu, ortaokul ve lise öğrenimi gören 12-18 yaş grubundaki ergenler üzerinde yürüttükleri çalışmayla ilgili bilgi verdi.

Zarifoğlu, "Bu yaş döneminde psikolojik, sosyolojik ve hormonal dalgalanmalar yaşanıyor. Ergenlikte birçok değişiklik olurken baş ağrıları da artıyor" dedi.





Parkinson hastalığına dikkat

Parkinson bir tür sinir sistemi hastalığı. Türkiye'de her yıl 10 bin kişiye Parkinson teşhisi konuluyor.

Beyin hücrelerini yavaş yavaş kaybetmekle oluşan bir dizi hastalıktan bir tanesi.

BELİRTİLER: **TİTREME VE** **HAREKET** **BOZUKLUĞU**

Titreme ve hareket bozukluğu parkinsonun en önemli iki belirtisi. Hastalık genellikle tek taraflı olarak elde, nadiren de bacakta başlıyor. Daha çok 50 yaşından sonra ortaya çıkسا da, 40 yaşın altındaki kişileri de tehdit ediyor.

AKRABA EVLİLİĞİ

PARKİNSON NEDENİ

Erken yaşta görülen parkinsonun en başlıca sebebi ise akraba evliliği. Peki doktora ne zaman başvurmak gerekiyor?

Prof Dr. Bülent Elibol, hastalığı belirtilerini şu şekilde anlatıyor: "Bellİ bir yaşın üstündeyseniz, vücutunuzun bir tara fında ince hareketlerde bir beceriksizlik hisse diyorsanız. El hareketle rinde mesela sağ tarafı tuttuysa, yazınız bozulur. İşte düğmelerinizi rahat kapayamıyor açamıyorsanız. Biçagi vs. daha zorkullanmaya başlıyorsunuz bunda mutlaka uyanık olmak lazım."

İNCE

HAREKETLERDEKİ BECERİKSİZLİK **ÖNEMLİ BİR BELİRTİ**

Türkiye'de ne kadar parkinson hastası var tam olarak bilinmiyor; ancak kullanılan ilaçlardan yola çıkararak yapılan araştırmada 100 bin civarında olduğu tahmin ediliyor.

Parkinson ile mücadelede hasta ve hasta yakınlarının bilinçlendirilmesi büyük önem taşır.

Her yıl 11 Nisan'da düzenlenen Dünya Parkinson Günü ile hastalığa dikkat çekilmeye çalışılıyor.

Selçuk Tıp'ta bir ilk



SELÇUK Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören Dönem 4 ve 5 öğrencileri için Türkiye'de ilk kez "Topluma Dayalı Tıp, Kanıta Dayalı Tıp ve Hekimlik Uygulamaları Ortak Programı" gerçekleştirildi. 4 gün boyunca 27 öğretim üyesi tarafından uygulanan programda staj eğitimi alan öğrencilere, standart eğitim verilmesinin gücü olması sebebiyle ortak bir eğitim alması sağlandı. 4 gün süren program boyunca; Doç. Dr. Ertan Özensed, Yrd. Doç. Dr. Ayşen Melek Aytu Koşan, Doç. Dr. Özlem Karakuş, Prof. Dr. Kamile Marakoğlu, Doç. Dr. Murat Öncel Prof. Dr. Duygu Findik, Prof. Dr. Şerefur Oz

türk, Prof. Dr. Mustafa Şahin, Doç. Dr. Hakan Kamil Doğan, Prof. Dr. Hanife Soylu, Prof. Dr. Jale Bengi Çelik, Prof. Dr. Oktay Sarı, İntern Dr. Merve Sinoplu, Prof. Dr. Hülagü Başkaner, Doç. Dr. Yavuz Selvi, Doç. Dr. Rengin Elsürer, Doç. Dr. İnci Kara, Uzm. Dr. Ayhan Onur, Yrd. Doç. Dr. Fatih Kara, Prof. Dr. Mезahir Avşar, Yrd. Doç. Dr. İlknur Albayrak, Doç. Dr. Seza Apilioğulları, Doç. Dr. Osman Temizel, Doç. Dr. Hasibe Artaç, Yrd. Doç. Dr Hasan Kara, Dr. Gülden Ünver, Prof. Dr. Hakan Karabağlı tarafından farklı konularda sunum yapıldı. **Haber Merkezi**

Selçuk Tıp'a ek bina yapılacak

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin yeni yönetimi basın tanıtıma toplantı düzenlendi. Fakülte binasında düzenlenen basın toplantısına Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Serdar Göktaş, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Hüseyin Yılmaz ve dekan yardımcıları katıldı. Toplantıda konuşan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Serdar Göktaş, 2002 yılında eğitim-öğretim hayatına başlayan fakültedenin 2009 yılından bu yana kendi binasında faaliyet gösterdiğini söyledi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin bölgenin önemli bir sağlık tesisini olduğunu dile getiren Prof. Dr. Göktaş, "Şu anda fakültemizde 996 öğrenci bulunuyor. Bu öğrencilerden yüzde 10'u ise 23 farklı ülkeden gelmektedir. Fakül-



temiz bu yönüyle artık uluslararası bir boyuta sahiptir. Fakültemizde şu an 51 profesör, 54 doçent ve 4 yardımcı doçent bulunmaktadır. Hastanemizde yılda 20 bin ameliyat gerçekleştirilmektedir. Ocak 2016 itibarıyla SSK ile anlaşma yapıldı. Sağlık hizmetlerinin kalitesi daha da artacaktır" dedi. Kurum içi eğitim seminerlerine de önem verdiklerini ifade eden Göktaş, "Hastane

personeline zaman zaman eğitim seminerleri vererek, hastalarla iletişimini güçlendireceğiz. Basınla sağlık sektörünün paydaşlarından birisi olarak görüyoruz. Basınla ilişkilere büyük önem veriyoruz" diye konuştu. Prof. Dr. Göktaş, 3 milyona yakın bir nüfusa hizmet verdiklerini belirterek, şunları söyledi: "Hastanemiz bölgenin sağlık tesis durumuna geldi. Konya ve ilçelerinin yanı

sırı Karaman, Aksaray ve Niğde gibi komşu illerdeki vatandaşlarımıza da hizmet veriyoruz. Şu an için hastanemiz ihtiyaça cevap vermektedir. Fakat ileride büyük bir sıkıntısı yaşanmaması ek hastane binası yapmayı planlıyoruz. Bunun için çalışmalara başladık. Ne zaman başlar ne zaman biter bilemiyoruz. Fakat ilerleyen yıllarda ek hastane binası yapılacak." Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Hüseyin Yılmaz ise 2008 yılından bu yana görev yaptığı hastanede hizmet kalitesini daha da artırmak için çalışacaklarını söyledi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Şerefur Öztürk ise basına ilişkilerin önemine dikkat çekerek, basın sağlık ilgili önemli konularda bilgilendireceklerini söyledi.

■ İBRAHİM BUYUKEKEN

Selçuk Tıp, hizmet çitasını yükseltiyor

Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekim, Doç. Dr. Hüseyin Yılmaz, "İnsanımıza daha iyi hizmet sunabilmek için bu kapasitenin yeterli olmayacağı düşünüyoruz. Rektörümüzün ileriye dönük hastane projesiyle çitayı yükseltmeyi düşünüyoruz" dedi.

Haber: Emine GIYNAŞ

Selçuk Üniversitesi Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi yeni yönetimi basın kahvaltıda buluştu.

Basinla tanışma toplantısına Selçuk Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Serdar GöktAŞ, Dekan Yardımcıları Prof. Dr. **Şerefnur Öztürk** ve Doç. Dr. Hüsnü Alptekin, Başhekim Doç. Dr. Hüseyin Yılmaz, fakülte hocaları ve basın mensupları katıldı.

Şehitlerimize Allah'tan rahmet dileyerek açılış konuşmasını yapan Dekan Prof. Dr. Serdar GöktAŞ, "2001 yılında kurulan fakültemiz 2002'de öğrenci kabulüne başladı. Binamızın faaliyete geçmesinde emeği geçen hocalarımıza teşekkür ediyorum. Şu anda fakültemizde 996 öğrencimiz eğitim görüyor. Bu öğrencilerden 101 tanesi farklı ülkelerden gelmektedir. Bu nedenle fakültemiz uluslararası nitelik taşıyor" dedi. Fakültenin akademik kadrosu hakkında da bilgi veren Dekan GöktAŞ, "Fakültemizde 51 profesör, 54 doçent, 44 yardımcı doçent olmak üzere toplam 149 öğretim üyesiyle gerek akademik çalışmamızı gerekse sağlık hizmetleri sunumumuzu gerçekleştirmektedir" diye konuştu.

Sağlık hizmetleri sunumunu yapan Başhekim Doç. Dr. Hüseyin Yılmaz da, şu ifadelere yer

verdi: "Selçuk Üniversitesi Rektörü Mustafa Şahin hocamız tarafından başhekim olarak atanmak oldukça gurur verici. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi bölgede ciddi bir sağlık ihtiyacını karşılamaktadır. Yıllık ortalamada 500 bin poliklinik ihtiyacını karşılamaktadır. Hastanemiz 50 bin civarında yataaklı hastaya hizmet vermektedir, yıllık 20 bin civarında da ameliyat yapılmaktadır. Bundan sonra bize düşen görevde bu zamana kadar verilen sağlık hizmetini bir basamak daha yukarıya taşımaktır."

2 bin 500 civarında çalışıyla sağlık hizmeti vermek için gayret ettiklerini belirten Yılmaz, bir gazetecinin "Selçuk Tıp Fakültesi Hastane-

si'nin kapasitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapılacak mı?" sorusuna şu cevabı verdi: "Hastanemiz sadece Konya'ya değil Konya'nın çevresine de hitap etmektedir. Mevcut kapasitemiz şu anda bu cevabı karşılamaktadır. İlerleyen dönemlerde bu kapasitenin yeterli olmayacağı düşünüyoruz. Bunun için sayın rektörümüzün ileriye dönük bir hastane projesi mevcut. Bununla ilgili çalışmalara başlandı. Bu çalışmaların ne şekilde sonuçlanacağı da ileride ortaya çıkacaktır."

Toplantı hastane personeline her ay düzenli olarak verilen ödül töreniyle son buldu.





Hastalık titremeyle başlıyor

Parkinsonun beyin ve vücutun başka bölgelerindeki bazı sinir hücrelerinin yavaş yavaş zedelenmesiyle başlayan bir hastalık olduğunu işaret eden Elibol, hastalığın genellikle titreme, yavaşlık, vücutun bir taraflında başlayan ve ilerleyen hareket bozukluğu gibi belirtilerle teşhis edildiğini kaydetti

Parkinson tedavisini olumsuz etkiliyor

Prof. Dr. Bülent Elibol, yeşil bakla kabuğunun Parkinson tedavisinde yararlı olduğu yönündeki inanışın gerçeği yansıtmadığını ve tedaviyi olumsuz etkilediğini söyledi.

Parkinson tedavisindeki son gelişmeleri değerlendiren Hacettepe Üniversitesi Tip Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. **Bülent Elibol**, hastaları uzun süre ilaçla takip ettiklerini, ilaçların yetersiz kaldığı bazı durumlarda ise cerrahi yöntemleri devreye soktuklarını aktardı. Elibol, "Beynin içinde bazı hareket devreleriyle cerrahi yöntemlerle oynayabiliyoruz. Bunlar, bizim için çok önemli gelişmelerdir" dedi.

İlaçların yan etkileri nedeniyle hastaların yakından takip edilmesi ve ilaçların bilinci kullanılması gerektiğini vurgulayan Elibol, şunları söyledi: "Hastalarımızın yediğine içtiğine dikkat etmesi gerekiyor. Parkinson hastalığının bazı ilaçları bizim için önemli. Örneğin bakla yemesinden söz ediliyor. Hastalığım tedavisinde 'Yeşil baklann kabuğu çok iyi geliyor' diye biliyorum. Tam tersine biz onu önermiyoruz çünkü ilaçın içeriğindeki maddeli baklalar da

var. Bu nedenle bakla həsabımızı çok bozuyor. Beyne istedigimiz oranda ilaç yollamak istiyoruz. Hastalarım bakla dışında hiçbir şey yemelerine karışırıymos. İlaçların aç ya da tok olarak almanız var, bunları öneriyoruz. Hastanın doktoru sık gitmesi, ilacı doktoru nasıl



çalıştırıracak tüm hareketleri daha çok zaman ayırmalarını istediklerini anlatır.

Parkinson'un çok farklı belirtileri olabileceği dikkati çeken Prof. Dr. Elibol, semptomlar hakkında şunları söyledi: "Uzun yıllar kabız olan hastaların parkinson olma olasılığı daha fazla. Bir başka nadir bulgu ise gece uykuda bağırsa çağırma yanı rüyayı hareketli görme, sesli görme. Korkut bir rüya görülmesi ve çığlı atılması, esine vurma, kendin yere atma gibi rüya içinde olar hareket bozuklukları da parkinson hastasında nadir belirt olarak ortaya çıkarıyor. Koku duygusunda azalma da parkinsonun erken belirtilerden bir oluyor ama bunlardan hiçbir tek başına çok belirleyici değil. Bu hastalık nedeniley hücrele yavaş yavaş kaybediliyor. Bu bildiğimiz çok daha ötesinde karmaşık bir süreç. Onun mekanizmalarını öğrenmek için yillardır yoğun çalışmalar yapılmaktadır."