

# Başağrısı Poliklinik Hastalarının Demografik ve Klinik Profili

H. MAVİOĞLU \*, S. KARACA \*\*, H. YILMAZ \*, H. KORKMAZ \*\*\*, R. ARTUĞ \*\*\*,  
D. SELÇUKİ \*\*\*\*

## ÖZET

*Baş ağrısı (BA), nöroloji polikliniklerine başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. İş gücü kaybı ve tetkik-tedavi maliyetleri ile sosyal sorunlar oluşturmaktadır. Bu nedenle koruyucu hekimlik ve kısa sürede etkin tedavi önem kazanmaktadır. Bunu sağlamak için topluma özgü profili iyi bilmek gerekir. Bu çalışmada da Manisa, kuzey ve iç Ege bölgelerinden polikliniğimize başvuran hastaların baş ağrısı profilinin araştırılması amaçlanmıştır.*

*1999 Ocak-temmuz ayları arasında nöroloji polikliniğine başvuran 300 hasta özel olarak geliştirilmiş bir kayıtlama formu ile prospektif olarak değerlendirilmiştir. Uluslararası baş ağrısı klasifikasyonu ve daha sonra yapılmış bazı baş ağrısı tanımlamalarına göre tanı konulmuş ve tanılara göre demografik, klinik özellikler gözden geçirilmiştir.*

*Hastaların % 42'sinde migren, % 36.3'ünde gerilim baş ağrısı, % 21.7'sinde diğer baş ağrısı tipleri saptanmıştır. Tüm baş ağrılı hastaların % 35.3'ünü kronik günlük baş ağrısı grubunun oluşturduğu gözlenmiştir. 300 baş ağrılı hastanın % 85'i kadın, % 15'i erkeklerden oluşmaktadır. Ortalama yaş  $39.4 \pm 1.38$ , eğitim süresi  $7.4 \pm 4.1$  yıl olarak saptanmıştır. Küme baş ağrısı dışında tüm tanı gruplarında bu oranlar benzerken, küme baş ağrısında kadın/erkek oranının eşit, yaş ortalamasının daha düşük ve eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ağrı başlama yaşı da en düşük küme baş ağrısında bulunmuştur. Gelir düzeyi hastaların % 79.6'sında orta, % 12'sinde iyi, % 8.4'ünde kötü olarak saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunu ev hanımlarının oluşturduğu ve baş ağrısından yakınma süresinin en uzun kombine baş ağrısı grubunda olduğu görülmüştür. Ağrı frekansının kronik gerilim, ağrı süresinin kronik gerilim ve kombine, ağrı şiddetinin kombine baş ağrısında en yüksek olduğu gözlenmiştir. Aile yüklülüğü en fazla auralı migren grubunda olmakla birlikte gerilim baş ağrısında da oldukça fazla bulunmuştur. En fazla kronik gerilim baş ağrısında olmak üzere, küme baş ağrısı dışındaki tüm tanı gruplarında kronik stress öyküsü gözlenmiştir. Hastaların % 96'sında nörolojik bakı normal bulunmuştur. Papil stazi saptanan 2 olgunun 1'inde yer kaplayan oluşum, 1'inde idiopatik intrakranial hipertansiyon saptanmıştır.*

**Anahtar kelimeler:** Baş ağrısı, gerilim baş ağrısı, migren

*Düşünen Adam*; 2000, 13(2): 110-115

## SUMMARY

*Headache is one of the most frequent complaints of patients who applied to the neurological clinics. It causes social problems because of the lost of work power and the cost of the investigation and treatment. Hence, protective health care and effective therapy in short time is being more important. Therefore, it is essential to know the profile of headache of community. In this study, we aimed to search of the headache profile in Manisa and surroundings.*

*300 out-patients who applied to neurology clinic between January 1-July 30, 1999 were evaluated by a special questionnaire form prospectively. The headache diagnosis was estimated according to the diagnostic criteria of the International Headache Society and chronic daily headache criteria and the sociodemographic features of patients and the clinical features of headache were evaluated.*

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr. \*, Uz. Dr. \*\*, Araş. Gör. \*\*\*, Prof. Dr. \*\*\*\*

42 % of the patients were diagnosed as migrain, 36.3 % were as tension type headache and 21.7 % were as other type of headaches. It was seen that 35.3 % of the total patients consisted of chronic daily headache group. 85 % of the cases were women and 15 % were men. The average age was  $39.4 \pm 13.8$  and education duration was  $7.4 \pm 4.1$  years. These results were similar in all the diagnostic group except cluster headache. It was observed that the women to men ratio was equal, the average age was younger and the education level was higher in cluster headache group. The onset age of headache was found lowest in the cluster headache group. Household income was medium in 79.6 % of patients, was high in 12 % and was low in 8.4 % of the patients. Most of the patients were housewife and that the period of suffering from headache was longest in the mixed type headache group. It was observed that the frequency of headache was highest in the chronic tension headache group, the headache duration was highest in the chronic headache and mixed type headache groups and the headache strenght was in the mixed type headache group. While familial aggregation was seen the most common in migraine with aura, it was also high in tension type headache. Chronic stress history was seen in all types of groups except cluster headaches, being most frequent in chronich tension type headache. The neurological evaluation was normal 29 % 6 % of patients. 1 of the 2 patients who had papilledema found to have occupying lesion and the other was diagnosed as idiopathic intracranial hypertension.

**Key words:** Headache, Tension-type headache, migrain

## GİRİŞ

Türkiye'deki birçok nörolojik kliniği BA hastalarının klinik profillerini araştırmış ve kongrelerde bildirmiş veya dergilerde yayınlamışlardır (1,4,11). 1997 yılında "Türk Baş ağrısı ve Epidemiyoloji Çalışma Grubu" tarafından Türkiye'nin ilk ve kapsamlı baş ağrısı epidemiyoloji çalışması yapılmıştır (11). Ancak doğaldır ki poliklinik tabanlı araştırmalardan elde edilen sonuçlar, alan tabanlı araştırma sonuçlarından farklı olacaktır. Biz de poliklinik tabanlı olarak Manisa, kuzey ve iç Ege bölgesinden gelen baş ağrısı hastalarının klinik profilini belirlemeyi amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

1999 Ocak-Temmuz ayları arasında CBÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran 300 BA'lı hasta, özel geliştirilmiş bir kayıtlama formu ile prospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, eğitim, meslek, gelir düzeyi gibi sosyo-ekonomik yapıları, baş ağrısı yakınmasının süresi, başlama yaşı, ağrının karakteri, frekansı, lokalizasyonu, şiddeti, süresi, ağrıyı arttıran faktörler, eşlik eden bulgular, prodrom ve aura varlığı ve tipleri, tetikleyen faktörler, frekans ve şiddetin arttığı yaşam periyodları, aile yükünlüğü, kronik stres ve diğer hastalıkların varlığı, nörolojik bulgular, yapılan tetkik ve patolojileri değerlendirilmiştir. Bunlardan yeterince güvenilir bilgi edinilenler bu ça-

lışmada dökümanite edilmiştir. Tanılar, Uluslararası Baş ağrısı Derneği'nin (IHS) baş ağrıları sınıflifikasyonuna (3) ve kronik günlük baş ağrısı kriterlerine (8) göre yapılmıştır. Ek olarak, bu sınıflifikasyonda ayrı başlık olarak yer almayan, kombine baş ağrıları farklı bir tanı grubu olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 1. Baş ağrısı tiplerine göre frekans dağılımı.**

	Sayı (n)	%
<b>Migren Baş ağrısı</b>	<b>126</b>	<b>42.0</b>
- Aurasız migren	41	13.7
- Auralı migren	53	17.7
- Migrenöz BA*	26	8.7
- Migren statusu	6	2.0
<b>Gerilim Baş ağrısı</b>	<b>109</b>	<b>36.3</b>
- Epizodik gerilim	37	12.3
- Kronik gerilim	37	12.3
- Atipik gerilim**	35	11.7
<b>Diğer Baş ağrıları</b>	<b>65</b>	<b>21.7</b>
- Kombine BA	28	9.3
- İdiopatik saplanma BA	7	2.3
- Küme BA	6	2.0
- Hipertansiyon BA	7	2.3
- Oksipital nevralsi	2	0.7
- Akut posttravmatik BA	1	0.3
- Açlık BA	1	0.3
- Analjezik bağımlılığı BA	1	0.3
- YKO	1	0.3
- İHH	1	0.3
- Klasifiye edilemeyen	10	3.3
<b>Kronik Günlük Baş ağrısı</b>	<b>95</b>	<b>35.3</b>

\* IHS'na göre migren kriterlerine tam olarak uymayanlar

\*\* IHS'na göre gerilim baş ağrısı tiplerine tam olarak uymayanlar.

Tablo 2. Baş ağrısı (BA) tiplerine göre demografik ve sosyal özellikler.

	Yüzde	Ortalama Yaş	Ortalama Eğitim Süresi	Cinsiyet (%)		Gelir Düzeyi (%)		
				Kadın	Erkek	İyi	Orta	Kötü
<b>Toplam Hasta</b>		39.42±13.79	7.39±4.13	85.3	14.7	12.0	79.6	8.4
<b>Migren BA</b>	42	38.34±13.79	7.03±4.06	93.7	6.3	7.1	88.1	4.8
- Aurasız Migren	13.7	38.26±11.50	6.86±4.04	86.8	13.2	10.5	81.6	7.9
- Auralı migren	17.7	38.92±12.08	6.82±3.74	100.0	0.0	2.0	98.0	0.0
<b>Gerilim BA</b>	36.3	40.29±14.99	7.84±4.16	78.0	22.0	15.6	71.6	12.8
- Epizodik gerilim BA	12.3	41.02±14.71	8.94±4.24	73.0	27.0	13.5	78.4	8.1
- Kronik gerilim BA	12.3	39.94±13.48	7.18±4.18	78.4	21.6	8.1	70.3	21.6
<b>Diğer</b>	21.7	40.04±14.98	7.27±4.08	81.5	18.5	15.6	76.6	7.8
- Kombine BA	9.3	40.25±13.31	6.57±3.97	85.7	14.3	10.7	82.1	7.1
- Küme BA	2	25.16±8.72	11.66±2.16	50.0	50.0	33.3	66.7	0.0

## SONUÇLAR

1. Baş ağrılarının ana tanı başlıklarına göre frekansına baktığımızda Migren Baş ağrısı (MBA) grubunun % 42 ile en büyük çoğunluğu oluşturduğunu gördük. Bunu % 36.3 ile Gerilim Baş ağrısı (GBA) ve % 21.7 ile diğer BA'ları takip ediyordu. Kronik günlük baş ağrısı oranını % 35.3 olarak bulduk. Alt tanı gruplarının frekansları Tablo 1'de gösterilmiştir.

2. Araştırmaya dahil edilen 300 hastanın % 85.3'ünün kadın, % 14.7'sinin erkek olduğu gözlemlendi. Küme BA dışındaki tüm gruplarda kadın/erkek oranının benzer olduğu dikkati çekti. En yüksek kadın oranı Auralı MBA grubunda (% 100) saptandı. Küme BA grubunda kadın/erkek oranı eşit bulundu (Tablo 2).

3. Tüm hastaların yaş ortalamasının 39.42±13.79 olduğu ve küme BA dışındaki tanı gruplarında da benzer ortalamalar olduğu gözlemlendi. Küme BA ortalaması diğerlerine göre belirgin düşük bulundu (25.16±8.72). Detaylar Tablo 2'de gösterilmiştir.

4. Ortalama eğitim süresi 7.39±4.13 yıl bulundu. Küme BA grubunda en yüksek olduğu diğer tanı

gruplarında genel ortalamaya benzer olduğu gözlemlendi (Tablo 2).

5. Hastaların büyük çoğunluğu (% 79.6) orta gelir düzeyinde bulundu. Her tanı grubu için de yoğunluk aynı dilimde saptandı. Ancak iyi gelir düzeyine sahip hasta frekansı en yüksek küme BA, kötü gelir düzeyi frekansı ise en yüksek kronik GBA grubunda gözlemlendi (Tablo 2).

6. Meslek gruplarına baktığımızda ev hanımlarının çoğunluğu (% 60.7) oluşturduğunu gözledik. Bunu öğrenci (% 11.3), öğretmen (% 7.3) ve emekli (% 4.7) takip ediyordu.

7. Hastalar ortalama 6.5 yıldan (78.90±96.27 ay) beri BA çekiyorlardı. En uzun yakınma süresinin kombine BA grubunda olduğu gözlemlendi. Ağrı başlama yaşının ise ortalama 32.64±13.50 olduğu ve en erken küme BA'nın başladığı (19.33±8.664) saptandı. MBA'nın ağrı başlama yaşı GBA'na göre göreceli olarak daha düşük olmakla birlikte birbirine yakındı (Tablo 3).

8. Ağrı frekansının GBA'da MBA'a göre daha yük-

Tablo 3. Baş ağrısı tiplerine göre ağrının başlama yaşı ve süresi.

	Migren	Aurasız migren	Auralı migren	Gerilim Baş ağrısı	Epizodik Gerilim BA	Kronik Gerilim BA	Kombine Baş ağrısı
Ort. ağrı başlama yaşı	30.45±11.76	29.05±10.54	30.48±12.62	34.60±14.17	36.17±15.20	34.64±12.44	31.17±12.10
Ort. ağrı periyodu (ay)	92.96±102.60	103.57±94.51	101.90±120.64	65.33±85.60	56.11±64.75	65.60±84.77	104.46±01.00

Tablo 4. Baş ağrısı tiplerine göre ağrı frekansı (%).

	Migren	Aurasız migren	Auralı migren	Gerilim Baş ağrısı	Epizodik Gerilim BA	Kronik Gerilim BA	Kombine Baş ağrısı
1/ay az	6.4	5.3	8.0	4.6	8.3		
1-4/ay	37.3	31.6	44.0	16.7	36.1		32.1
5-14/ay	24.6	34.2	20.0	13.0	25.0		10.7
15/ay fazla	17.4	10.5	18.0	54.3	5.6	97.3	46.4
Değişken	14.3	18.4	10.0	11.9	25.0	2.7	10.7

Tablo 5. Baş ağrısı tiplerine göre ağrı süresi (Tedavi edilmeyen ya da tedaviye yanıt vermeyen) (%).

	Migren	Aurasız migren	Auralı migren	Gerilim Baş ağrısı	Epizodik Gerilim BA	Kronik Gerilim BA	Kombine Baş ağrısı
1/2 - 4 saat	9.6	13.1	4.0	12.7	14.3	8.4	14.3
4-12 saat	19.0	23.7	20.0	20.4	13.5	22.2	10.7
12-24 saat	5.6	5.3	6.0	11.9	13.5	8.3	7.1
24-48 saat	14.3	10.5	18.0	5.6	5.4		3.6
48-72 saat	44.1	42.1	48.0	42.6	43.2	50.0	60.7
72 saat üstü	7.1	5.3	4.0	9.3	13.5	11.1	3.6

Tablo 6. Baş ağrısı tiplerine göre ailede baş ağrısı öyküsü (%).

	Migren	Aurasız migren	Auralı migren	Gerilim Baş ağrısı	Epizodik Gerilim BA	Kronik Gerilim BA	Kombine Baş ağrısı
Yok	4.8	40.5	38.0	61.2	62.2	52.8	39.3
1. derece akraba	54.4	54.1	58.0	37	35.0	44.4	57.1
2. derece akraba	4.8	5.4	4.0	1.8	2.7	2.8	3.6

sek olduğu ve bu yüksekliğin kronik BA'dan kaynaklandığı gözlemlendi. Epizodik GBA frekansı, MBA frekansı ile benzerdi. Aurasız MBA frekansının da auralı MBA'a göre daha sık olduğu görüldü (Tablo 4).

9. Ağrı süresinin kombine BA ve kronik GBA'da daha uzun süreli olmaya meyilli olduğu gözlemlendi. İdiopatik saplanma BA ve küme BA'nın tanı kriterlerinden biri kısa süreli BA olduğu için bu kıyaslanmanın dışında tutuldu (Tablo 5).

10. Şiddetli ağrı frekansı en yüksek kombine BA'da gözlemlendi (% 95.7). Bunu auralı MBA, aurasız MBA, küme BA, epizodik GBA ve kronik GBA takip ediyordu.

11. Aile yüklülüğünün, MBA'da, özellikle auralı MBA'da ve kombine BA'da fazla olduğu ancak GBA'da da % 37.7 yüzde ile küçümsenmeyecek bir yüklülük olduğu gözlemlendi (Tablo 6).

12. Tüm ağrı gruplarında ağrıların yaklaşık % 80 oranında sabah ve öğleden sonra ortaya çıktığı uykudan uyandıran ağrıların auralı MBA'da biraz daha yüksek (% 20) olmak üzere oransal olarak birbirine yakın olduğu gözlemlendi.

13. Tüm tanı gruplarında BA'nın erişkin yaşlarda pik yaptığı gözlemlendi. Hamilelikte BA'da artış tanımlayan hasta son derece azdı (MBA'da % 0.8). Buna karşılık laktasyon döneminde GBA'lı hastaların % 28'i artış tanımlıyordu. Diğer gruplarda frekans düşük bulundu. Menapoz döneminde en fazla artış tanımlayan grup kronik GBA (% 16.7) olmakla birlikte genel olarak göze çarpar bir artış tanımlanmıyordu.

14. Küme BA dışında, en yüksek kronik GBA'da (% 75) olmak üzere tüm BA gruplarında % 65 oranında kronik stressör varlığı saptandı.

15. Hastaların % 96'sında nörolojik bakı normaldi.

Papil stazı gözlenen 2 olgunun 1'inde intrakranial kitle, 1'inde idiopatik intrakranial hipertansiyon (İİH) saptandı. İİH olan olguda ek olarak tek taraflı abduzens tutuluğu vardı. Diğer nörolojik bulgular, hemihipoestezi veya eldiven-çorap tarzı hipoestezi, ılımlı ataksi, nasolabial siliklik, patolojik refleks gibi baş ağrısı ile doğrudan ilişkisi olmayan bulguları.

**16.** Hipertansif BA dışında, GBA'da da % 17.9 oranında hipertansiyonun bulunduğu saptandı.

**17.** Servikal vertebra grafisi olan (% 40) hastalarda, tüm tanı grupları için en sık saptanan bulgu servikal lordozda düzleşmeydi. 26 hastaya BBT ve/veya MRG yapıldı. Bunlardan birinde intrakranial kitle, birinde atrofi vardı ve diğerleri normaldi.

## TARTIŞMA

Toplumdaki BA prevalansı kadınlarda daha yüksek olarak bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan alan tabanlı epidemiyoloji çalışmasında BA prevalansı kadınlarda % 68, erkeklerde % 62 olarak bulunmuştur (11). Başka ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda prevalansı % 95/90 oranlarında bildirilmiştir (7). Bizim poliklinik tabanlı bu araştırmamızda kadın/erkek oranı % 85.3/14.7 bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer poliklinik tabanlı çalışmalarda da benzer şekilde kadın/erkek oranı daha yüksektir (1,4,12). Ancak bu gerçek prevalansı yansıtmamaktadır. Başvuran hastaların büyük çoğunluğunun ev hanımı olması kadınların hastaneye daha kolay ulaştıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda, diğer çalışmaların sonuçlarına ve genel bilgilerimize uygun olarak MBA'da kadın/erkek oranı GBA'na göre daha yüksek bulunmuştur (7,10,11).

Bu araştırmada MBA grubunun tüm tanı grupları içinde en büyük çoğunluğu oluşturduğu gözlemlendi. Oysa toplumda GBA prevalansı MBA'dan daha yüksek bildirilmektedir. Türkiye'de 1 yıllık GBA prevalansı % 51 bulunurken MBA'nın ki % 19 olarak saptanmıştır (11). Diğer literatürlerde de % 78'e % 16 oranında tüm yaşam GBA ve MBA prevalans değerleri verilmektedir (7). Çalışmamızda bu oran % 42/36.3 bulunmuştur. Diğer poliklinik tabanlı çalışmalarda da MBA prevalansı toplum prevalansından yüksek bulunmuştur (4,12). Benzer şekilde, bizim grubumuzda kronik GBA ve auralı MBA oranları

genel prevalans oranlarına göre daha yüksektir. Türkiye epidemiyoloji çalışmasında epizodik GBA/kronik GBA oranı yaklaşık 7 iken bizim araştırmamızda 1 bulunmuştur. Aurasız MBA/auralı MBA oranı Türkiye çalışmasında yaklaşık 2 iken bu çalışmada, auralı MBA oranı biraz daha yüksek bulundu (0.8). Ülkemizdeki diğer poliklinik tabanlı çalışmalarda da epizodik/kronik GBA oranları bizim çalışmamıza yakın verilmiştir, fakat auralı/aurasız MBA oranı toplum prevalansına benzerdir (1,4,12). Bunun birkaç nedeni olabilir. Ağrı şiddeti, sıklığı, süresi gibi nedenlerle MBA ve kronik günlük BA günlük yaşam aktivitesini daha çok etkilediği için bu grup hastalar nöroloji polikliniklerine daha çok başvuruyor olabilir. İkincisi IHS'nin kriterleri, iyi düzenlenmiş ve basitleştirilmiş olmasına rağmen birçok hastada tanıyı netleştirmekte yetersiz kalmakta ve sorgulanan diğer özelliklere göre hekim insiyatifi işi içine karışmaktadır. Ayrıca auralı-aurasız MBA ayrımında aura, özellikle de auranın ağrı ile zamansal ilişkisi iyi tanımlanmamıştır. İlk tanılamada IHS kriterlerine ek olarak ağrının diğer özelliklerine de bakarak kişisel insiyatif kullandığımızda GBA oranı ve MBA içinde de aurasız MBA oranı daha yüksek bulundu. Ancak bu tanılamada sık sık tereddütler yaşamamız ve tanılamamın standardizasyonunun iyi olmadığını düşündüğümüz için tekrar tanıları gözden geçirdik. Bu sefer IHS kriterlerine daha sadık kalmaya çalıştık ve auralı MBA tanısında yetersiz kaldığını düşündüğümüz için ek olarak MBA ve MBA'da vizüel aura özelliklerini tanımlayan literatürlerden de yararlandık (5,9). Bu genişletilmiş yardımcı kriterlerle tanı frakansı MBA ve auralı MBA lehine değişti. Bütün bunlara ek olarak farklı kültürdeki insanlar farklı algılamalarla, farklı öykü verebilmektedir. Bizim sorgulama formumuz oldukça detaylı hazırlandığı halde tanı aşamasında bazı sıkıntıları aşmamızı sağlayamamıştır. Örneğin hekim formu doldururken hastalara BA'na öncelik veya eşlik eden bulguları sorduğunda çok az bulgu belirtmelerine rağmen, kendilerine seçenek sunulduğunda bu sayı beklenmedik şekilde yüksek olmuştur. Hangi yöntemin geçerli olduğu tartışılabilir. Hastaya hatırlatılmazsa bazı bulguları aktarmayı unutabilir. Tam tersi yakınmalar tek tek sorulduğunda hasta gelişigüzel yanıtlayabilir ve olduğundan daha fazla bulgu kayıtlanabilir. Olgularımızda, fotopsi, görme bozuklukları, parestezi, başdönmesi gibi auraya uyan yakınmaların çoğunluğunun ağrının seyri sı-

rasında ortaya çıktığı gözlenmiştir. Halbuki genel bilgilere ve kriterlere göre aura çoğunlukla ağrıdan önce, nadiren ağrı ile birlikte ortaya çıkmaktadır (5,9,11). Bu bizim olgularımızın özelliğine veya hastaların tanımlama hatasına bağlı olabilir.

MBA dahil tüm baş ağrısı gruplarında hastaların büyük çoğunluğunun orta gelir düzeyinde olduğu gözlemlendi. Eski inanışların aksine son yıllardaki çalışmalar migren prevalansının gelir ile ters bir ilişkisinin olduğunu göstermektedir (10,11). Olguların yaklaşık % 61'i ev hanımıydı. Ülkemizde poliklinik tabanlı başka bir çalışmada da benzer rakamlar verilmiştir (1).

Ağrı başlangıç yaşı çalışmamızda, Türkiye sonuçlarına göre biraz daha yüksekti (30.5/25) (11). En düşük başlangıç yaşı küme BA'da olmakla birlikte MBA'da da GBA'na göre biraz daha düşüktü.

Ağrı frekansı, tanı kriterlerine bağlı olarak kronik GBA ve kronik günlük BA'sında en yüksek gözlemlendi. Bunları kombine baş ağrısı, aurasız MBA, epizodik GBA ve auralı MBA takip ediyordu. Bu oranlar Türkiye geneli ile benzer bulundu. Sadece Türkiye genelinde auralı MBA frekansı daha yüksek bildirilmiştir (11).

Ağrı süresinin en uzun kombine BA'da olduğu gözlemlendi. MBA ve epizodik GBA grubunda ağrı süreleri birbirine yakındı ve en sık 48-72 saat diliminin olduğu görüldü. Türkiye epidemiyoloji çalışmasında ağrı süresinin 1/2-24 saat arasında yoğunlaştığı bildirilmiştir (11). Bu farklılık olasılıkla daha uzun süreli ağrı çeken insanların daha çok hekime başvurusu ile ilişkilidir.

Aile yüküllüğünün en çok auralı MBA ve kombine BA'da olduğu ve çoğunlukla 1. derece akrabalarda bulunduğu gözlemlendi. Alan tabanlı epidemiyoloji ça-

lışmasında da en sık MBA'da yüküllük saptanmış ve bizimki ile benzer şekilde GBA grubunda da azımsanmayacak bir oran (% 52) bildirilmiştir (11).

Bu çalışmaya başlarken amacımız sadece baş ağrısı poliklinik hastalarımızın özelliklerini belirlemektir. Ancak çalışma ilerledikçe standart tanı koymakta hala ciddi sıkıntıların olduğunu gördük. Bu araştırmada IHS sınıflamasında ayrı bir grup olarak belirtilmemesine rağmen kronik baş ağrılarının, 1994'te kriterleri yayınlanan "Kronik Günlük Baş ağrısı" başlığı altında toplanmasının daha uygun olacağı izlenimi edindik (8). Ayrıca bizde birçok yazarın ileri sürdüğü gibi (2,6) bir BA spektrumu olduğunu ve kesin adı konulabilen BA tiplerinin arasında geçiş olgularının olduğunu gördük.

## KAYNAKLAR

1. Çakmak G, Yayla V, Muhan A ve ark: Migrenli hastalarda sosyodemografik değerlendirme. Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2:29-31, 1996.
2. Featherstone HJ: Migraine and muscle contraction headaches: a contum. Headache 25:194-198, 1985.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 8(Suppl 7):1-96, 1988.
4. Mihloğlu H, İnan LE, Uysal H ve ark: Baş ağrısı polikliniği gerekliliği ve tanı çeşitliliği. Nöroloji Bülteni 2(3):82-85, 1995.
5. Queiroz LP, Rapoport AM, Randall EW, et al: Characteristics of migraine visual aura. Headache 37:137-141, 1997.
6. Raskin NH: Migraine: treatment. In: Headache 2nd. ed. New York: Churchill Livingstone, 1988; 135-213.
7. Rasmussen BK, Jensen R, Schrolli M, et al: Epidemiology of headache in a general population-a prevalence study. J Clin Epidemiol 44:1147-1157, 1991.
8. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, et al: Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. Headache 34:1-7, 1994.
9. Solomon S: Migraine diagnosis and clinical symptomatology. Headache 34:8-12, 1994.
10. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al: Prevalence of migraine headache in the United States. JAMA 267:64-69, 1992.
11. Türk Baş ağrısı Epidemiyoloji Çalışma Grubu. Headache Screening Survey. Piar-Gallup, Marketing Research Co, İstanbul, s.1-53, September 1997.
12. Zileli B: Kronik baş ağrılarında tanı sorunları. Nörolojik Bilimler Dergisi 12(3-4):367-372, 1995.