

**GEBELİK ÖNCESİ VE GEBELİK DÖNEMİNDE
BAŞ AĞRILARININ ARAŞTIRILMASI**

AYŞE ÖZGE DENİZ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YRD. DOÇ.DR. ÖZGE YILMAZ KÜSBECİ
DOÇ. DR. MEHMET YILMAZER

Tez No: 2011-007

2011-AFYONKARAHİSAR

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİK ÖNCESİ VE GEBELİK DÖNEMİNDE BAŞ AĞRILARININ ARAŞTIRILMASI

AYŞE ÖZGE DENİZ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ÖZGE YILMAZ KÜSBECİ
DOÇ. DR. MEHMET YILMAZER

TEZ NO: 2011-007

AFYONKARAHİSAR-2011

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi: 03/02/2011

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

Afyon Kocatepe Üniversitesi

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Özge YILMAZ KÜSBECİ

Afyon Kocatepe Üniversitesi

ÜYE

Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi

ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Ayşe Özge DENİZ' in "Gebelik Öncesi ve Gebelik Dönemi Baş Ağrılarının Araştırması" başlıklı tezi 02/2011 tarihinde saat 14.05 de Lisansüstü eğitim ve öğretim Sınav Yönetmeliği' nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Esmâ KOZAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tez dönemim boyunca bana yardım, bilgi ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Özge YILMAZ KÜSBECİ' ye ve 2. Tez danışmanım sayın Doç. Dr. Mehmet YILMAZER' e,

Gerekli izin ve olanakları sağlayan Afyon Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi yönetimi ve çalışma arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen beni her zaman destekleyen canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

AYŞE ÖZGE DENİZ

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AHM** : Ailesel Hemiplejik Migren
- AVM** : Arteriovenous Malformation
- BOS** : Beyin Omurilik Sıvısı
- CGRP** : Calcitonin-related peptid
- EMG** : Elektromyografisi
- FDA** : Food and Drug Administration
- GTB** : Gerilim Tipi Baş Ağrısı
- GIS** : Gastrointestinal Sistem
- HK** : Hemikrania Continua
- IHS** : Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (Inter-national Headache Society)
- KBA** : Küme Baş Ağrısı
- KGBA** : Kronik Günlük Baş Ağrısı
- n** : Denek Sayısı
- MR** : Manyetik Rezonans Imaging
- NSAİD** : Nonsteroid Antiinflamatuvar Drug
- REM** : Rapid Eye Movements
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences
- SUNCT** : Short lasting, unilateral, neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing.
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- VIP** : Vazoaktif İntestinal Peptid
- X** : Aritmetik Ortalama
- %** : Yüzde
- P** : Önemlilik Düzeyi
- X²** : Ki-Kare

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Önsöz.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tanım ve Sınıflandırma.....	3
2.2. Primer Kronik Günlük Baş Ağrısı.....	4
2.2.1. Migren.....	5
2.2.1.1. Aurasız Migren.....	7
2.2.1.2. Auralı Migren.....	8
2.2.1.2.i. Özgün Auralı Migren.....	9
2.2.1.2.ii. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı.....	10
2.2.1.2.iii. Baş Ağrısız Özgün Aura.....	11
2.2.1.2.iv. Ailesel Hemiplejik Migren.....	11
2.2.1.2.v. Sporadik Hemiplejik Migren.....	12
2.2.1.2.vi. Baziler Migren.....	13
2.2.1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları.....	14
2.2.1.3.i. Tekrarlayıcı Kusma.....	14
2.2.1.3.ii. Abdominal Migren.....	14
2.2.1.3.iii. Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi.....	15
2.2.1.4. Retinal Migren.....	16
2.2.1.5. Migren Komplikasyonları.....	16
2.2.1.5.i. Süreğen Migren.....	16
2.2.1.5.ii. Migren Statusu.....	17
2.2.1.5.iii. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura.....	17
2.2.1.5.iv. Migrene Bağlı İnfarktlar.....	17
2.2.1.5.v. Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler.....	17
2.2.1.6. Olası Migren.....	18
2.2.1.6.i. Olası Aurasız Migren.....	18
2.2.1.6.ii. Olası Auralı Migren.....	18
2.2.1.7. Patogenez.....	20
2.2.1.8. Migrende Potansiyel Tetikleyici Etkenler.....	24
2.2.2. Gerilim Tip Baş Ağrısı.....	26
2.2.2.1. Epizodik GTB.....	26
2.2.2.1.i. Perikranial Kas Rahatsızlığının Bulunduğu Tip.....	26
2.2.2.1.ii. Perikranial Kas Rahatsızlığının Bulunmadığı Tip.....	26
2.2.2.2. Kronik GTB.....	26
2.2.2.2.i. Perikranial Kas Rahatsızlığının Bulunduğu Tip.....	26
2.2.2.2.ii. Perikranial Kas Rahatsızlığının Bulunmadığı Tip.....	26
2.2.2.3. Belirlenen Tanı Kriterlerine Tam Uymayan tip.....	26

2.2.2.4. Patogenez.....	28
2.2.3. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Otonomik Sefaljiler.....	30
2.2.3.1. Küme Baş Ağrısı.....	30
2.2.3.1.i. Klinik Özellikler.....	31
2.2.3.1.ii. KBA'da Tetikleyici-Kolaylaştırıcı Faktörler.....	33
2.2.3.1.iii. Fizyopatoloji.....	33
2.2.3.2. Paroksizmal Hemikraniya(PH).....	35
2.2.3.2.1. Klinik Özellikleri.....	35
2.2.3.3. Sunct Sendromu.....	37
2.2.4. Diğer Seyrek Görülen Primer Baş Ağrıları.....	39
2.2.4.i. Primer Saplanma Baş Ağrısı.....	39
2.2.4.ii. Primer Öksürük Baş Ağrısı.....	39
2.2.4.iii. Primer Egzersiz Baş Ağrısı.....	39
2.2.4.iv. Seksüel Aktiviteyle İlişkili Baş Ağrısı.....	40
2.2.4.v. Hipnik Baş Ağrısı.....	40
2.2.5. İkincil Baş Ağrıları.....	40
2.2.6. Kranial Nevraljiler, Santral ve Birincil Fasiyal Ağrı ve Diğer Baş Ağrıları.....	40
2.2.7. Tedavi.....	41
2.2.7.1. Gebelik Döneminde Tedavi.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırmanın Tipi.....	47
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	47
3.3. Araştırmanın Evreni.....	47
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	48
3.5. Verilerin Toplanması.....	48
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
4. BULGULAR.....	49
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	49
4.2. Genel Sağlık Durumu.....	51
4.3. Gebelik Öncesi Baş Ağrıları.....	53
4.4. Gebelik Dönemi Baş Ağrıları.....	56
4.5. Genel İstatistikler.....	61
5. TARTIŞMA.....	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
ÖZET.....	68
SUMMARY.....	69
KAYNAKLAR.....	70
EKLER.....	75

TABLolar

Sayfa

Tablo.2.1. Analjeziklerin Gebelikte Kullanımını İçin Risk Kategorisi Gösterimi...	45
Tablo.4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri.....	49
Tablo.4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu.....	51
Tablo.4.3. Katılımcıların Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Şikayeti.....	53
Tablo.4.3.1. Katılımcıların Gebelik Öncesi Baş Ağrılarının Dağılımı.....	54
Tablo.4.3.2. Gebelik Öncesi Baş ağrısı Sıklığının, Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Tiplerine Dağılımı.....	54
Tablo.4.3.3. Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Özelliklerinin, Gebelik Öncesi Baş Ağrısına Dağılımı.....	55
Tablo.4.4. Katılımcıların Gebelik Dönemi Baş Ağrısı Şikayeti.....	56
Tablo.4.4.1. Katılımcıların Gebelik Dönemi Baş Ağrılarının Dağılımı.....	56
Tablo.4.4.2. Gebelik Dönemi Baş ağrısı Sıklığının, Gebelik Dönemi Baş Ağrısı Tipine Dağılımı.....	57
Tablo.4.4.3. Gebelik Dönemi Baş Ağrısı Özelliklerinin, Gebelik Dönemi Baş Ağrısı Tiplerine Dağılımı.....	58
Tablo.4.4.4. Gebelik Döneminde Baş Ağrısı Tiplerinin Trimesterlere Göre Dağılımı.....	59
Tablo.4.4.5. Gebeliğin Baş Ağrısına Etkisi.....	60
Tablo.4.5. Gebelik Öncesi ve Gebelik Dönemi Baş Ağrılarının Çapraz Tablosu.....	61

1. GİRİŞ

Baş ağrısı tüm dünyada en sık görülen nörolojik durumdur, toplumun %90'ından fazlasında yaşamın bir döneminde baş ağrısı görülür (Diamond, 2001; Rasmussen, 2001; Yücel, 2008).

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (International Headache Society-IHS) 1988 ve son olarak 2004'te yayınladığı baş ağrılarını sınıflama rehberlerinde baş ağrılarını öncelikle iki ana gruba ayırdıktan sonra bu grupların alt gruplarıyla 14 ayrı grupta sınıflamıştır. Öncelikle primer ve sekonder baş ağrıları olarak iki ana grup söz konusudur. Eğer baş ağrısına neden olan ikincil bir olay söz konusu ise (Tümör, enfeksiyon, beyin damar hastalığı, glokom, akut sinüzit...) bu sekonder baş ağrısı olarak değerlendirilir. Yok eğer öykü, fizik ve nörolojik muayene veya gerektiğinde ileri tetkikler ile ağrının nedeni olarak yapısal bir değişiklik veya sistemik bir hastalık veya geçirilmiş kafa travması söz konusu değil ise, o zaman primer baş ağrısı olarak kabul edilmektedir. Tüm baş ağrılarının yaklaşık %90'nını primer baş ağrıları oluşturmaktadır (Saip, 2005)

Doğurganlık çağında ve hamilelik sırasında da primer ve sekonder baş ağrılarının özellikleri sıklıkla değişiklik göstermektedir (Marcus, 1995).

Hamilelik sırasında migren hastalarının yaklaşık üçte ikisinde baş ağrısı sıklığı azalma gösterse de, migren ve diğer tipte baş ağrıları devam eden hastaların anne ve bebek sağlığını korumak açısından hem hamilelik sırasında hem de emzirme döneminde takipleri önemlidir (Marcus, 1995).

Bu yüzden gebeye bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve

alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır (Top, 1998; Taşkın,2000; Sunal ve Demiryay, 2009).

Bu nedenle hamilelik öncesi ve hamilelik döneminde baş ağrılarının epidemiyolojik özellikleri, hamileliğin baş ağrısı üzerindeki etkileri ve baş ağrının hamilelik seyri üzerine olan etkilerinin iyi bilinmesi gerekmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Sınıflandırma

Ağrı, vücuttaki ağrı reseptörleri çevresinde meydana gelen kimyasal veya mekanik olayların etkisi ile oluşan uyarıların santral sinir sistemine taşınması ile ortaya çıkan bir histir (Kıvrak ve ark., 2009).

Baş ve çevresinde ağrıya duyarlı yapıların çok olması bu durumu kısmen açıklayabilir. Saçlı deri, baş ve boyun kasları, periost, göz, kulak, burun, boğaz, intrakranial arterlerin proksimal kısımları, meningeal arterler , venöz sinüsler ve büyük venler, V,IX,X kranial sinirler ile ilk üç servikal spinal sinirler başlıca ağrıya duyarlı yapılardır. Bu yapıların basıya uğramaları ve yer değiştirmeleri, steril ve nonsteril iltihabi patolojileri, baş ve boyun kaslarının sürekli kasılmaları, intrakranial ve ekstrakranial arterlerin çap değişiklikleri, ağrıya duyarlı sinirlerin irritasyona uğramaları ağrı nedeni olabilir. Tüm bu bilgilerden anlaşılacağı gibi baş ağrılarının pek çok nedeni olabilir. Kişinin hayatını tehdit eden bir neden olabileceği gibi, yaşamında iyi gitmeyen bir durumu ifade biçimi de olabilir. (Saip, 2005)

Klinik bilimlere ilişkin araştırma çalışmalarında standart bir kavram bütünlüğü oluşturmak amacıyla çeşitli başağrısı sınıflamaları yapılmıştır (Mortimer et al., 1992; IHS, 1988; IHS, 2004; Ad Hoc, 1962; Çakır, 2006). İlk baş ağrısı sınıflaması Ad-Hoc Committee tarafından 1962 yılında yapılmıştır. Bu sınıflamanın yetersizliği nedeniyle Olessen'in başkanlığında oluşturulan Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 1988 yılında tüm baş ağrılarını içeren sınıflamayı ve tanı ölçütlerini yayınlamıştır. IHS 1988 sınıflamasının özellikle yeni tanımlanan bazı baş ağrılarını içermemesi ve yetersiz kalması nedeniyle 2004 yılında IHS yeni bir sınıflama ve tanı ölçütleri kılavuzu yayınlamıştır (IHS, 1988). Bu son sınıflamada baş ağrılarını öncelikle iki ana gruba ayırdıktan sonra bu grupların alt gruplarıyla 14 grupta

sınıflamıştır (Çakır, 2006). Öncelikle primer ve sekonder baş ağrıları olarak iki ana grup söz konusudur. (Saip, 2005)

2.2. Primer Kronik Günlük Baş Ağrısı

Sürekli baş ağrısı olan insanların büyük bir çoğunluğu, primer bir baş ağrısına sahiptir. Sekonder baş ağrılarının çoğunun geçici olması ve kendiliğinden düzelen enfeksiyonlarla ilişkili olması göz önünde bulundurulduğunda, primer baş ağrıları tedavi edilmesi gereken grubun önemli bir kısmını oluşturur. (Sözen, 2004).

Genel populasyonda, yani birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulama alanlarında GTB %55, migren ise %33 oranındadır. Kliniklerde karşılaşılan en yaygın primer KGBA tipleri ise, GTB %15 ve migren %78'dir (Silberstein et al., 1996; Sözen, 2004). Kronik GTB daha yaygın olmasına rağmen, migren daha kısıtlayıcı ve engelleyicidir (Ann et al., 1998; Sözen, 2004).

Baş ağrısının atak süresi 4 saatten daha az ise, teşhise kronik küme baş ağrısı, paroksizmal hemikrania, idiyomatik saplanma baş ağrısı ve hipnik baş ağrısı dahil edilir. (Sözen, 2004)

Genellikle genç erişkin yaşta başlayan ve tekrarlayıcı özellikte olan primer baş ağrıları Uluslararası Baş Ağrısı Derneği 2004 sınıflamasında, dört alt grupta toplamıştır. (Saip, 2005)

Primer Baş Ağrıları (IHS 2004)

1-Migren

2-Gerilim baş ağrısı

3-Küme ve diğer otonom bulgularla seyreden baş ağrıları

4-Diğer seyrek görülen baş ağrıları (Saip, 2005)

2.2.1.MİGREN

Migren, çoğunlukla basın bir tarafında zonklama tarzında ağrı yapan, ataklar halinde gelen, bulantı, kusma, ışık ve sese karşı duyarlılaşıp rahatsız olma ile birlikte olan, hastaların bir kısmında aura belirtileri bulunan, genetik yüklülüğü olan bir baş ağrısı tipidir (Barbas and Schuyler., 2006; Kıvrak ve ark., 2009).

Değişik toplumlarda görülme sıklığı değişmekle birlikte, her toplumda kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu oran genellikle 2'ye 1'dir. Ülkemizde görülme sıklığı kadınlar için %15-18 iken, erkekler için %8-10'dur (Saip, 2005). Menstrüasyon, oral kontraseptifler, hormon replasman tedavisi, gebelik ve postpartum dönemde ortaya çıkan hormon değişiklikleri migrenin seyrinde değişimlere neden olabilir (Silberstein et al., 2003; Demirkaya, 2006).

Menopoz ile birlikte migren ataklarının şiddeti ve sıklığı çoklukla azalır veya migren tümüyle diner. Bununla birlikte, fizyolojik ve cerrahi menopozların seyri farklılık gösterir. Fizyolojik menopozluların üçte ikisinde migren dinerken, cerrahi menopozluların üçte ikisinde migren artış gösterir (Silberstein et al., 2003; Demirkaya, 2006).

Gebelikde migren seyrini etkiler. Gebelikte migrenlilerin % 70 kadarının migren atakları ikinci ve üçüncü trimesterde azalır veya kaybolur (Bousser and Ratinahirana, 1990; Demirkaya, 2006).

Migren öykülü kadınların % 58' inde postpartum dönem içinde migren atakları tekrar başlar (Demirkaya, 2006). Her ne kadar başta da değindiğimiz gibi yarım baş ağrısı olarak bilinmekle birlikte ağrıların 3'te biri tüm başta hissedilir. Aynı kişide bile bazen tüm başta, bazen de yarım başta hissedilir. Bir diğer özelliğe taraf değiştirmesidir. Aynı kişide bazen sağ, bazen de sol hemikranial olabilir. Eğer bir kişinin ağrıları ısrarla hep aynı tarafta ise tanıda biraz daha üzerinde durulmalıdır (Saip, 2005).

Yukarıdaki bilgilerden de kolayca anlaşılacağı gibi migren homojen bir durum değildir. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği migreni alt gruplara ayırmış ve sınıflamıştır. Bu ayrışmada öncelikle auranın varlığı, yokluğu göz önüne alınmış, sonrada eşlik eden nadir durumlara göre isimlendirmelere gidilmiştir (Saip, 2005).

2.2.1.1. Aurasız Migren

2.2.1.2. Auralı Migren

2.2.1.2.i. Özgün Auralı Migren

2.2.1.2.ii. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı

2.2.1.2.iii. Baş Ağrısız Özgün Aura

2.2.1.2.iv. Ailesel Hemiplejik Migren

2.2.1.2.v. Sporadik Hemiplejik Migren

2.2.1.2.vi .Baziler Migren

2.2.1.3 Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları

2.2.1.3.i. Tekrarlayıcı Kusma

2.2.1.3.ii. Abdominal Migren

2.2.1.3.iii.Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

2.2.1.4. Retinal Migren

2.2.1.5. Migren Komplikasyonları

2.2.1.5.i. Süreğen Migren

2.2.1.5.ii. Migren Statusu

2.2.1.5.iii. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

2.2.1.5.iv. Migrene Bağlı İnfarktlar

2.2.1.5.v. Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler

2.2.1.6. Olası Migren

2.2.1.6.i. Olası Aurasız Migren

2.2.1.6.ii. Olası Auralı Migren

2.2.1.6.iii. Olası Süreğen Migren

2.2.1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)

Tanımı: Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 4-72 saat süren, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır.

(aşağıda “ * ” ile işaretlenen noktalar çocukluk çağı migren tanısının erişkinlerden farklı olan yanlarını göstermektedir.)

Tanı Ölçütleri:

A. B-D ölçütlerine uyan en az 5 atak varlığı

B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)

(*erken çocukluk döneminde 1-72 saat süren baş ağrısı atakları, 15 yaş üstü çocuklarda süre için erişkindeki gibi 4-72 saat geçerli)

C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalıdır:

1. Tek taraflı

(* tek taraflı veya iki taraflı frontotemporal yerleşim)

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: (* bu durum, çocuğun ifadesi şart olmaksızın, davranışlarından da anlaşılabilir)

1. Bulantı ve /veya kusma

2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.2.1.2. Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren)

Tanımı: Geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin, 5-20 dakikadan fazla ve 60 dakikadan az sürdüğü, tekrarlayıcı ataklarla karakterize baş ağrısı hastalığıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

Tanı Ölçütleri

A. Ölçütlerini dolduran en az 2 atak olmalı

B. Aşağıda belirtilen 4 özellikten en az 3 tanesi olmalı:

1. Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü olan ve fokal serebral kortikal ve/veya beyin sapı fonksiyon bozukluğuna işaret eden aura belirtilerinin olması

2. Dört dakikadan daha uzun sürede yavaş yavaş gelişen en az bir aura belirtisi ya da veya daha fazla sayıda birbiri ardı sıra gelişen belirtiler
 3. Aura belirtileri 60 dakikadan uzun sürmemeli
 4. Baş ağrısı, aurayı takiben 60 dakika içinde gelişmeli (baş ağrısı aura olmadan önce veya aura ile birlikte başlamış olabilir)
- C. Organik hastalık işareti olmamalı

2.2.1.2.i. Özgün Auralı Migren

Tanımı: Özgül aura, görsel, duysal ve konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

Tanı Ölçütleri

- A. B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı
- B. Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:
 1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
 2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
 3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu
- C. Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:
 1. Homonim görsel belirtiler veya tek yanlı duysal belirtiler
 2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
 3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli
- D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı
- E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.2.1.2.ii. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı

Tanımı: Özgün aura, görsel, duysal ve konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı ölçütlerini taşımaz.

Tanı Ölçütleri

A. B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

B. Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler veya tek yanlı duysal belirtiler
2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi, 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşımayan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.2.1.2.iii. Baş Ağrısız Özgün Aura

Tanım: Burada baş ağrısı hiç gelişmez ya da auradan sonra 60 dakika içinde başlamaz. 40 yaşından sonra, negatif görsel belirtiler, çok uzun veya çok kısa sürüyorsa önce diğer nedenleri araştırmak gereklidir.

2.2.1.2.iv.Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)

Tanım: Kas gücü kaybı şeklinde aurası olan migren baş ağrısıdır. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. AHM'de ataklarda bilinç bozukluğu, konfüzyon, ateş, BOS'da pleositoz bulunabilir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir. % 50' sinde süregelen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir.

Tanı Ölçütleri

A. B-C' yi karşılayan en az 2 atak

B. Aura olarak tamamen düzelen motor güçsüzlüğün ve aşağıdakilerden en az birinin olması

1. Tamamen geri dönüşümlü görsel bulgular

2. Tamamen geri dönüşümlü duysal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az 2'si:

1. En az bir aura belirtisinin 5 dakikadan uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin 5 dakikada gelişmesi

2. Her bir aura belirtisi 5 dakika ile 24 saat içinde sonlanır.

3. Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması

D. 1. veya 2. derece yakınlarda en az bir tane A-E ölçütlerine uyan birinin bulunması

E. Diğer bir hastalıkla ilişkili olmaması

Not: AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir

2.2.1.2.v. Sporadik Hemiplejik Migren

Tanım: Hastada kas gücü kaybı ile birlikte olan auralı migren atağı görülürken; birinci derece ya da ikinci derece akrabalarında kas gücü kaybıyla giden auralı migren hikayesi bulunmamalıdır.

Tanı Ölçütleri

A. B-C ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

B. Aura, tamamen geri dönüşümlü kas gücü kaybı ile aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi veya 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5 dakikadan uzun, 24 saatten kısa sürmeli

3. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

D. Birinci ya da ikinci derece akrabalarda A-E ölçütlerinin tamamını taşıyan ataklar olmamalı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.2.1.2.vi. Baziler-Tip Migren (Baziler Arter Migreni, Baziler Migren)

Tanımı: Baziler migren diyebilmek için, motor zaaf olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini içeren migren atağı olmalıdır.

Tanı Ölçütleri

A. B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

B. Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az iki tanesini içermeli:

1. Dizartri

2. Vertigo

3. Tinnitus

4. İşitme kaybı

5. Diplopi

6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler

7. Ataksi

8. Bilinç düzeyinde bozulma

9. Eş zamanlı iki yanlı pareteziler

C. Aşağıdakilerden en az bir tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi veya 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm

B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.2.1.3. Öncül veya Migren ile Birlikte Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları

2.2.1.3.i. Tekrarlayıcı Kusmalar

Tanım: 1988 sınıflamasında yoktu. Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Bu ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve solukluk vardır. Çocuk ataklar arasında normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir gastrointestinal sistem hastalığı yoktur.

Tanı Ölçütleri

- A.** B ve D' ye uyan en az 5 atak,
- B.** Tekrarlayan ataklar, yoğun bulantı ve kusma 1 saat – 5 gün devam eder,
- C.** Ataklardaki kusma en az saatte 4 kez olur ve 1 saat sürer,
- D.** Ataksız dönemde normaldir,
- E.** Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.2.1.3.ii. Abdominal Migren

Tanım: İdiyopatik tekrarlayan bir bozukluktur. 1-72 saat süren karın ağrısı vardır. Ağrı orta-ağır şiddettedir ve vazomotor belirtilerle, bulantı ve kusma ile ilişkilidir. GIS veya renal hastalık öyküsü yoktur.

Tanı Ölçütleri

- A.** B-D' yi karşılayan en az 5 atak olmalı,
- B.** 1-72 saat süren karın ağrısı,
- C.** Karın ağrısı aşağıdaki özelliklerden tümünü karşılamalı:
 - 1.** Orta hatta, göbek etrafında yerleşim,
 - 2.** Künt vasıflı,
 - 3.** Orta-ağır şiddetli,
- D.** Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az 2'sinin olması:
 - 1.** İştahsızlık,
 - 2.** Bulantı,
 - 3.** Kusma,
 - 4.** Solukluk,
- E.** Başka bir hastalığa bağlı olmamalı

2.2.1.3.iii. Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

Tanım: Kısa süreli baş dönmesi atakları olur. Uyarıcı belirtiler yoktur. Kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile birlikte ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir.

Tanı Ölçütleri

- A.** B-D' yi karşılayan en az 5 atak
- B.** Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları
- C.** Nörolojik muayene, odyometrik testler ve vestibüler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir
- D.** EEG normaldir.

2.2.1.4. Retinal Migren

Tanım: Tekrarlayan ataklar şeklinde monooküler görsel bozukluk (skotom, körlük) ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

Tanı Ölçütleri

- A.** B ve D' yi karşılayan en az iki atak,
- B.** Atak sırasında tamamen geri dönüşümlü olan monooküler görsel olayların (sintilasyonlar, skotomlar, körlük vb) olması (muayene veya hastanın atak sırasında mevcut durumu çizmesi ile doğrulanan),
- C.** Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dakika içinde başlaması,
- D.** Normal oftalmolojik muayene,
- E.** Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.2.1.5.Migren Komplikasyonları

2.2.1.5.i. Süreğen Migren

Tanım: İlaç aşırı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla olan migren baş ağrısı.

Tanı Ölçütleri

Son 3 ay için ayda 15 gün veya daha fazla süre için aurasız migren ölçütlerinden C ve D' nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması .

2.2.1.5.ii.Migren Statusu

Tanım: 72 saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olması.

Tanı Ölçütleri

A. Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı aurasız migren ölçütlerini süre haricinde karşılar.

B. Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi.

2. Ağır şiddette olması.

C. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.2.1.5.iii. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

Tanım: 1 haftadan uzun süren aura belirtileri vardır.

2.2.1.5.iv. Migrene Bağlı İnfarkt

Tanım: Bir ya da daha fazla migren aurası iskemik beyin lezyonu ile ilişkilidir.

Görüntülemeye ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. 60 dakikanın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar.

2.2.1.5.v. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet

Tanım: Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonraki 1 saat içinde nöbet vardır.

2.2.1.6.Olası Migren (Migrenöz Bozukluk)

Tanım: Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı ölçütlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

2.2.1.6.i. Olası Aurasız Migren

Tanı Ölçütleri:

- A.** Aurasız migren için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.2.1.6.ii. Olası Auralı Migren

Tanı Ölçütleri:

- A.** Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı (Çakır, 2006; IHS, 2004).

Genellikle yanlış olarak migren eşittir baş ağrısı olarak bilinir. Oysa ağrı, serebral disfonksiyona bağlı olarak oluşan ve değişik dönemlerden ve semptomlardan oluşan sürecin sadece bir dönemini oluşturmaktadır. Migren atağının prodrom, aura, ağrı ve postdrom dönemleri vardır (Saip, 2005).

1-Prodrom dönemi: Baş ağrısından saatler hatta bazen günler öncesinden başlayabilir. Belirtilerinden hipotalamusun sorumlu olduğu düşünülür. Bu evre migrenlilerin yarısından fazlasında görülür (Silberstein et al., 1998; Silberstein et al., 2004; Çakır, 2006). Bu dönemin başlangıcı hasta tarafından net bir şekilde hatırlanmaz ancak iştah değişikliği(acıkma, susama, canı bir şey istememe), kelime bulma güçlüğü, esneme ve uyuma isteği gibi nöropsikolojik semptomlar olabileceği gibi, halsizlik, sık idrara çıkma, ishal veya kabızlık gibi sistemik otonom bulgular olabilir(Saip, 2005; Çakır, 2006). Haberci semptomlar olarak yorumlanabilecek bu semptomların anatomik karşılığı , frontal loblar, hipotalamus, serebral hemisferler ve santral noradrenerjik sistemler, locus ceruleus olduğu görülecektir. Böylece bir migren atağının genellikle beynin birçok bölümünün etkilendiği nörojenik bir başlangıç dönemi ile ortaya çıktığını kabul etmek yanlış olmayacaktır (Saip, 2005).

2-Aura dönemi: Auralı migren atakları migrenlilerin %10 kadarında görülür. Bu evre sıklıkla başağrısından önce başlar ve hastalar öncü evreye göre daha açık bir şekilde ifade edebilir. Aura evresi 4 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer ve aura evresinibtakiben en çok 1 saat içinde ağrı başlar (IHS, 1988; IHS, 2004; Çakır, 2006).

Nadir olarak aura evresi baş ağrılarıyla birlikte başlar. Az bir hastada aura evresi 1 saatten fazla sürebilir. Aura evresini bazen baş ağrısı izlemeyebilir. Aura evresindeki bulgular çoğu kez görseldir ve bunlar çoğunlukla yarı alanı görmeme (hemianopi), yarım görme alanında bazen de bütün görme alanında parlak ışıklar veya karanlık noktalar görme, zigzag çizgiler görme şeklindedir. Seyrek olarak aura bulguları duysal (hemihipoestezi veya parestezi), motor (hemiparezi veya pleji), afazi, oftalmopleji, beyinsapı işlev bozukluğu (baziler belirtiler; çift görme, bulantı, kusma, baş dönmesi, motor veya duysal kusurlar, dizartri gibi bulguların biri, birkaçı yada tümü) şeklinde olabilir ve bunlara görsel bulgular eşlik edebilir veya etmeyebilir (Çakır, 2006).

3-Ağrı Dönemi: Baş ağrısının şekli, süresi, şiddeti ve eşlik eden bulguları hastadan hastaya veya ataktan atağa değişebilir. Bununla birlikte çoğunlukla ağrı başlangıçta tek yanlı olup ilerleyen saatlerde diğer yana da yayılabilir ya da aynı yanda devam edebilir. %30 hastada ise başlangıçtan itibaren iki yanlı başlar Ağrı zonklayıcı özelliktedir. Şakak ve göze yayılım gösterir. Ağrı çoğu zaman ensede de hissedilir. Ağrılar çoğunlukla orta ve ileri derecededir. Hafif ağrılar seyrek görülür. Migren ağrısı tipik olarak günlük bedensel hareketlerle (merdiven çıkmak v.b.) artış gösterir. Ağrı sırasında çoğunlukla ışığa duyarlılık (fotofobi) ve sese duyarlılık (fonofobi) vardır. Ağrılı kişi loş ve sessiz bir ortam arayışındadır. Sıklıkla kokuya artmış duyarlılık (osmofobi) bulunur. Genellikle ağrı başladıktan bir süre sonra bulantı hissi olur ve bazen kusma da gerçekleşir. Ağrı çoğunlukla 4 saatten uzun sürer ve ilaç kullanılsa dahi genellikle 72 saat içinde sonlanır. 4 saatten kısa süren ya da 72 saatten uzun süren ağrı atakları olan migren hastaları da vardır ama bunlar az sayıdadır. Uyku çoğunlukla ağrıyı dindiricidir (Çakır, 2006).

4-Postdrom Dönem: Ağrının geçmesinden sonraki evredir. Ağrı geçtikten sonra çoğu zaman atak bitmez. Bu evrede hasta yorgunluk, bitkinlik, tedirginlik hisseder. Bazende aşırı iyilik hissi olabilir. Ağrı sonrası evre saatler veya gün boyu sürebilir. Migren atağı sırasında baş ağrısının neden olduğu yetersizlikler hesaplanırken ağrıdan sonraki bu dönemde göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü ağrısız olan bu dönemde hasta bahsedilen belirtiler nedeniyle hala günlük işlevlerine dönemeyebilir (Çakır, 2006).

2.2.1.7.Patogenez

Değişik baş ağrılarının tanımlanmalarına ait yazılı belgelerin M.Ö. birkaç bin yıl öncesine dek uzanmasına karşın, başın bir yarımını etkileyen ve sıklıkla görsel ve gastrointestinal semptomlarla ilişkili yarım baş ağrılarını, yani migreni ilk tanımlayan kişinin M.S. ikinci yüzyılda yaşamış olan Kapadokyalı Aretaeus olduğu kabul edilmektedir. Binaltıyüzlü yıllarda Thomas Willis migren baş ağrılarının ortaya çıkışında vasküler etkenlerin varlığına değinmiş ve ondan sonra geliştirilen

benzer ya da karşıt görüşler sonucu yakın zamana dek migrenin öncelikle vasküler veya nörojenik kökenli olabileceği tartışması süregelmiştir. Günümüzde migrenin nörojenik kökenli olduğu, atakların ortaya çıkışının beynin aşırı duyarlılığı (kortikal hipereksitabilite) veya bir başka deyişle uyarılma eşiğinde düşme ile ilişkili olabileceği ve olasılıkla beyin sapındaki bazı yapıların atak sürecini başlattığı öne sürülmektedir. Merkezi sinir sisteminde paroksizmal olarak ortaya çıkan bu duyarlılığın genetik kökenli olduğu ve bir kanalopati ile açıklanabileceği yönünde yoğunlaşan güncel görüşler vardır (Siva, 2002; Saip, 2005).

Auralı migrende auraya yol açtığı kabul edilen değişikliklerin baş ağrısı ile doğrudan ilişkisi günümüzde sorgulanmaktadır. Yakın zamana kadar hakim görüş aura ile onun ardından gelen ağrının aynı fizyopatolojik sürecin birer parçası oldukları, ya da auranın ağrıya yol açan değişikliklere neden olması şeklinde idi. Ancak auralı migren – baş ağrısız aura – aurasız migren üçlemesine baktığımızda ve yapılan çeşitli çalışmalara dayanarak, aura ve ağrı' nın farklı mekanizmalar sonucu geliştikleri ve kimi zaman bir arada görülebilen artmış beyin duyarlılığına verilen farklı yanıtlar olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır. Migrenli hastaların kayda değer bir bölümünde varolan prodrom dönemi ve ağrı sırasında eşlik eden diğer semptomları da göz önüne aldığımızda, migren dönemlerinin ve semptom kompleksinin beyindeki artmış duyarlılığa değişik bölgelerden ve farklı şekillerde alınan yanıtlar oldukları da öne sürülebilir (Siva, 2002; Saip, 2005).

Auralı migrende semptomların, karşı serebral hemisferin ilgili bölgelerinde arkadan öne doğru yayılan, olasılıkla önce nöronal bir hipereksitabilite hali ve ardından nöronal metabolik gereksinimlerde bir azalma ile şekillenen reaktif bir depresyon (spreading depresyon) sonucu geliştiği düşünülmektedir. Olasılıkla bu duruma sekonder olarak gelişen ama eşik değerlere ulaşmayan bir iskemi (oligemi) nin varlığı beyin kan akımını gösteren çeşitli çalışmalarda kaydedilmiş olup, süresi aura dönemini aşarak ağrı döneminin ilk birkaç saatine dek uzayabilmektedir. Günümüzde aura semptomlarının klasik anlayış olan vazokonstriksiyona değil, ama birbirini izleyen nöronal eksitasyon ve depresyon ile ilişkili olduğu görüşü böylece daha kabul görür hale gelmiştir. Pozitron emisyon tomografisi ile yapılan bir

çalışmada spontan gelişen bir migren atağının ağrı döneminde cingulate korteks, görsel ve işitsel kortikal alanlar ile beyinsapının karşı dorso-lateral bölgesinde kan akımının arttığı gösterilmiştir. Atağın tedavisinden sonra da bir süre daha bu durumun sürmesi ile beyinsapındaki söz konusu aktivasyon alanının migren atağının başlamasından sorumlu yapı olabileceği öne sürülerek bu bölge migren beyinsapı jeneratörü olarak değerlendirilmiştir. Cingulate kortekste aktivasyon doğrudan ağrı ve emosyonel değişim ile, görsel ve işitsel kortikal alanların aktivasyonunda fotofonofobi ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bu çalışmayı doğrulayan yeterince çalışmanın olmaması, öte yandan bazı başka ağrılı durumlarda da aynı beyinsapı bölgesinde aktivasyonun gözlenmesi, sözkonusu bölgenin migrene ne kadar spesifik olduğunun sorgulanmasına yol açmıştır. Öte yandan böyle bir aktivasyon eğer her migrenlide gözleniyorsa bu kez primer mi, sekonder bir değişim mi olduğu sorusu ile karşılaşılacaktır. Bununla birlikte beynin genel veya daha spesifik kortikal bir alandan kaynaklanan duyarlılığı sonucu bu merkezin uyarılarak ağrıya yol açabileceği de anlamlı gözükmektedir. Locus coeruleus ve raphe çekirdekleri gibi aminerjik beyinsapı çekirdekleri serebral kan akımını düzenlemekte, kortikal nöronal uyarılabilirliği etkileyebilmekte ve endojen ağrı kontrol mekanizmalarını kontrol etmektedirler. Bu yapıların etkisi ile trigeminovasküler sistemin dolaylı veya doğrudan etkilenmesiyle de ağrının ortaya çıkabileceği bir olasılık olarak gözükmektedir. Nitekim ağrının bazı migrenlilerde bir baş yarımında hissedilmesi trigemino-vasküler yapıların tek taraflı etkilenmesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Trigeminal kontrol altında olduğu kabul edilen ekstrakraniyal ağırlıklı nörojenik inflamasyon ve vasküler bir dilatasyonun ortaya çıkışı ile birlikte merkezi ağrı iletim sistemlerinin baskılanmasında bir yetersizlik ve ağrı eşliğinde düşme ağrının periferik ve merkezi mekanizmaları arasında kabul gören ek görüşlerdir. Geçici hafif hemiparezi atakları ve bunları izleyen migren tipi başağrıları ile şekillenen familyal (ailesel) hemiplejik migren (FHM) otozomal dominant bir hastalık olup, hastaların bazılarında serebellar bulguların hatta komanın da geçici nörolojik klinik tablo içinde yer alabildiği geniş bir yelpazeyi oluşturmaktadır (Siva, 2002; Saip, 2005).

Bu hastalık grubunda nöronların voltaja bağımlı P/Q tipi kalsiyum kanallarının a-1a subünitesini kodlayan CACNA1A genine ait farklı mutasyonlar gösterilmiştir. İzole migrenin benzer şekilde bir kanalopati olabileceği düşünülmüş ve bu yönde halen süregiden genetik araştırmalar başlatılmıştır. Ancak sadece bazı klinik benzerliklerin bulunmasına dayanarak migren sendromunu genetik benzer bir temelde birleştirmeye çalışmanın ne denli doğru olacağı tartışmalıdır(Siva, 2002; Saip, 2005).

Özetle fizik, psikolojik ya da biyolojik stresin olasılıkla genetik yatkınlık sonucu beyin duyarlılığı artmış kişilerde bu eşiğin aşılmasına neden olarak migren dönemlerini başlattığı, bu arada beyin sapı mekanizmalarının aktive olmasıyla birlikte ağrının ortaya çıktığı ve bu sürecin sonunda da giderek eşiğin yükselmesiyle atağın sonlandığı söylenebilir(Siva, 2002; Saip, 2005).

2.2.1.8. Migrende potansiyel tetikleyici etkenler

- Hormonal:

- Menarş
- Adet görme
- Gebelik
- Doğum
- Doğum kontrol ilaçları
- Menopoz
- Östrojen replasman tedavisi

- Diyetle ilişkili:

- Tiramin içeren yiyecekler
- Nitrit içeren yiyecekler
- Turunçgiller
- Alkol
- Monosodyum glutamat
- Aspartam
- Öğünlerin atlanması ya da geciktirilmesi
- Çikolata

- Psikolojik:

- Sıkıntı üzüntü gibi psikolojik etkenler
- Depresyon
- Coşku ya da beklenti

- Fiziksel-çevresel:

- Parlak ışıklar
- Floresan ışığı
- İklim değişimleri
- Basınç değişiklikleri

- Uyku :

- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma

- İlaçlar:

- Nitrogliserin
- Histamin
- Reserpin
- Hidralazin
- Ranitidin
- Östrojen

- Önemsiz etkenler:

- Kafa travması
- Ağır hareket, egzersiz
- Yorgunluk(Lüleci, 2004)

2.2.2. GERİLİM BAŞ AĞRISI

Primer baş ağrıları içinde en sık görülen baş ağrısı tipidir. Görülme sıklığı değişik toplumlarda değişmekle birlikte ,%30-40 civarındadır. Epizodik ve süregen olmak üzere iki ana gruba ayrılır. IHS 2004 sınıflamasında bu iki ana gruba sık tekrarlamayan epizodik gerilim baş ağrısı ve olası epizodik yada kronik gerilim baş ağrısı formları da eklenmiştir. Ancak pratik olarak baştaki iki ana klinik form ve bunlara,baş ve boyun kaslarında hassasiyet veya kasılmanın eşlik edip, etmemesine göre alt gruplara ayrılır. En sık görülen formu epizodik olanıdır (Saip,2005).

Diğer primer baş ağrılarında olduğu gibi ortaya çıkma yaşı 20 yaş civarındadır. Yinede her yaşta görülebileceğini unutmamak gerekir. Migrende olduğu gibi çok belirgin olmamakla birlikte, kadınlarda daha sık görülmektedir (Saip, 2005).

Bu ağrı IHS tarafından 3 grupta sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama:

2.2.2.1. Epizodik GTB: Ağrılı gün sayısı ayda 15 günden az

2.2.2.1.i. Perikranial kas rahatsızlığının bulunduğu tip

2.2.2.1.ii. Perikranial kas rahatsızlığının bulunmadığı tip

2.2.2.2. Kronik GTB: Ağrılı gün sayısı ayda 15 günden fazla

2.2.2.2.i. Perikranial kas rahatsızlığının bulunduğu tip

2.2.2.2.ii. Perikranial kas rahatsızlığının bulunmadığı tip

2.2.2.3. Belirlenen tanı kriterlerine tam uymayan tip

Tanı kriterlerini ise IHS şu şekilde belirlemiştir:

Aşağıdaki kriterlere uygun en az 10 atak olmalıdır.

A. Süresi 30 dk ile 7 gün arasında değişebilir.

B. Aşağıdakilerden en az ikisine uyan ağrı

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç, ağırlık veya sıkıştırıcı özellik
3. Hafif ve orta şiddet
4. Fizik aktiviteden etkilenmeme

C. Aşağıdakilerden en az biri olabilir.

1. Ağrı sırasında bulantı ve/ veya kusma gözlenmemesi
2. Ağrı sırasında fotofobi ve/ veya fonofobinin olmaması (Zarifoglu, 2002; IHS, 1988, Sözen, 2004).

Yukarıdaki kriterlere uyan bir ayda 15, bir yılda 180 günden fazla ağrılı gün olması ve bu durumun 6 aydır devam ediyor olması halinde süreğen gerilim tipi baş ağrısı söz konusudur (Saip, 2005).

Söz konusu kriterlerdeki özellikler her hastada birebir olmayabilir. Zira hastaların yaklaşık %17-20'sinde ağrı zonklayıcı özellikte, %25'inde egzersizle ağrı şiddetlenme olabilir yine yaklaşık %10 olguda ağrı hemikraniyal olabilir. Bu özellikler aurasız migren ağrısıyla karışabilecek özellikler olduğundan, bazen tanı sorunu yaşanabilir. Yine bazı migren baş ağrısında gerilim tipi baş ağrısı özellikleri ön planda olabilir. Bu veriler migrenin ve gerilim tipi baş ağrısının aynı yelpazenin farklı fakat bazen içiçe geçebilen elemanları olduğu yaklaşımını desteklemektedirler (Saip, 2005).

Gerilim baş ağrılarında tetikleyici faktörler içinde sıklıkla fiziksel ve psikososyal stres, menstürasyon, postür ve pozisyon bozuklukları, anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklar yer almaktadır. Yine tetikleyiciler arasında oromandibular disfonksiyonu unutmamak ve hastaları bu yönde değerlendirmek gerekir (Saip, 2005).

2.2.2.4. Patogenez:

Kronik GTB patogenezinin aydınlatılması gerekmektedir. Kronik GTB da yapılmış tek genetik çalışmada birinci derece akrabalarda üçte bir oranında artmış risk bulunmuştur. Bu da genetik yatkınlığın olduğunu ancak geçiş tarzının karmaşık olduğunu düşündürmektedir (Ostergaard et al., 1997; Sözen, 2004).

Yapılan çalışmalar toplumun büyük kısmının belli çevresel etmenlere maruz kaldığında GTB geliştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Bunun tek bir mekanizma ile açıklanması da mümkün görünmemektedir. IHS sınıflaması, GTB'yi farklı nedenlere göre sınıflandırmaktadır: oromandibuler işlev bozukluğu, psikososyal stres, depresyon, kaygı bozukluğu, kas zorlanması ve ilaç aşırı kullanımı gibi gruplar bulunmaktadır (IHS, 1988; Sözen, 2004).

1-Periferik Mekanizmalar: Gerilim tipi baş ağrısı hastalarında en fazla bildirilen yakınma; baş ağrılarının sıklık ve şiddetinin artması ile perikranial kaslardaki hassasiyetin de benzer oranlarda artmasıdır (Jensen and Olesen, 1996; Sözen, 2004).

Kronik GTB da perikranial kaslardaki hassasiyet, genellikle frontal ve temporal kas yüzeysel elektromyografisi (EMG) ile anormal aktivite artışı şeklinde tespit edilebilir ve artmış kas katılığı ile ilişkilidir (Sandrini et al.,1994; Sakai et al., 1995; Sözen, 2004).

Kas hassasiyetindeki artış muhtemelen, trigeminal sistemin duyarlılaşmış arka kök nöronlarına projekte olan düşük eşikli mekano-sensitif A δ afferent nöronlar yoluyla baş ağrısını başlatabilir (Bahra et al., 2000; Sözen, 2004).

Sürekli ve uzamış duysal girdi, C- liflerinden gelen de dahil olmak üzere, ağırlı uyaranlara duyarlılığı arttırabilir. Bunun sonucunda da episodik GTB kronik baş ağrısına dönüşebilir (Bendtsen and Ashina, 2000; Sözen, 2004).

2-Santral Mekanizmalar: Kronik GTB hastalarında temporal kas eksteroseptif supresyon periyodunun kısalması veya kaybolması nedeniyle, önceleri efferent ağrı yollarında supraspinal kontrolün duyarlılaşmaya katkısı olabileceği düşünülmüştür (Schoenen et al., 1987; Sözen, 2004). Lipchik ve arkadaşları bugüne kadar gerçekleştirilmiş en geniş ve kontrollü çalışmada, 224 kronik GTB hastasında perikranial ve temporal kas eksteroseptif supresyon periyodunu değerlendirmiştir. Sık veya seyrek baş ağrılı, kaygı bozukluğu bulunan veya bulunmayan ya da düşük sosyoekonomik düzey gibi alt gruplarda bile herhangi bir supresyon periyod bozukluğu saptamadıklarını bildirmişlerdir (Lipchik et al., 2000; Sözen, 2004).

Kronik GTB' lı kadın hastalarda perikranial kaslarda hassasiyet, benzer baş ağrısı düzeyine sahip erkek hastalara oranla daha fazla görülmüştür. Bu da trigeminal çekirdek ve arka boynuzdaki ağrı döngülerinde duyarlılaşmayı yansıtır olabilir (Bendtsen and Ashina, 2000; Sözen, 2004).

Özetle, bu çalışma trigeminal ağrı döngülerinde ikinci düzey nöronların duyarlılaşmasını ve muhtemelen plastisitesini desteklese de, hatalı ağrı düzenlemesinin supraspinal rolünün aydınlatılması gerekmektedir (Welch and Goadsby., 2002; Sözen, 2004)..

2.2.3. KÜME BAŞ AĞRISI ve DİĞER OTONOMİK SEFALJİLER

2.2.3.1.KÜME BAŞ AĞRISI

Küme baş ağrısı (KBA) gerilim ve migren baş ağrısından sonra en sık görülen primer baş ağrılarından biridir. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (IHS) 2004 sınıflamasında diğer benzer baş ağrılarıyla birlikte 3. sırada yer almaktadır. Yine diğer primer baş ağrıları gibi epizodik ve kronik diye iki alt başlık altında sınıflamada yer almıştır. Ancak bizim de pratiğimizde gördüğümüz gibi, KBA yaygın ve alışılmış biçimi ile epizodik bir baş ağrısıdır. Olguların %80-90'ı epizodik tiptedir (Saip, 2005).

İlk tanımlandığından bu yana yazarlarca baş ağrısının değişik özellikleri ön plana çıkartılarak isimlendirilmiştir. Literatürde: Kırmızı migren, Eritroprosopalji, Sfenopalatin ganglion nevralsisi, Siliar nevralsi, Eritromelalji, Horton Baş ağrısı, Histaminik sefalji adları altında tanımlanmıştır. Nihayet 1952'de Kunkle ve ark. tarafından Küme (Cluster) baş ağrısı ismi önerilmiş ve yaygın olarak kabul görmüştür. Bu isimlendirme, sendromun en önemli özelliği olan ağrılı periyotları, ağrısız remisyon dönemlerinin izlenmesini vurguladığından tartışmasız kabul edilmiş ve herkesçe kullanılmaktadır (Saip, 2005).

Ağrılı dönem hastadan hastaya hatta aynı hastada farklılıklar gösterebilir. Sıklıkla 2-3 ay sürer. Ancak 7 gün ile 1 yıl arasında sürebileceği bildirilmektedir. Tamamen ağrısız olan remisyon dönemi süresi de değişiklik göstermektedir. Sıklıkla 6 ay ile 1 yıl arasında sürer. Ancak yıllarca sessiz, ağrısız dönem sürebilir. Ağrılı dönemde neredeyse hergün, bazen birkaç kez tekrarlayan (1 ile 8) ağrı atakları görülür. Her bir ağrı atağı 15-180 dakika sürer. Arada ağrısız günler de olabilir. Seyrek olmakla birlikte bazı olgularda başlangıçta tipik ağrılı dönem hiç remisyon olmadan süregelen hal gösterir (Kronik KBA). Bazen de başlangıçta yukarıda anlatıldığı gibi ağrılı ve ağrısız periyotlardan sonra tamamen ağrılı dönemin süregelenleşmesi olabilir. Ağrılı dönemin bir yılı geçmesi veya aradaki ağrısız dönemin 14 günden kısa sürmesi kronik KBA'sı için kuraldır (Saip, 2005).

2.2.3.1.i.Klinik Özellikler: KBA diğer primer baş ağrıları gibi her yaşta görülebilir. Ancak sık olarak 20 ile 40 yaş arası ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda ve yaşlılarda çok seyrekdir. KBA'nın diğer primer baş ağrılarından farkı erkeklerde daha sık görülmesidir. Erkek kadın oranı 9/1'dir. Diğer bir deyişle KBA'lı olguların %80-90'ı erkektir. Olguların sadece %3-4'ünde ailesel özellik saptanmıştır. Bu düşük bir orandır. KBA'nın genel popülasyonda görülme sıklığı %0.1-0.4'tür. İstisnalar olmakla birlikte ağrının tek taraflı, çok şiddetli, orbital yerleşimli ve kısa süreli olması çok tipik ve tanı koydurucudur. Küme döneminde tipik olan ağrı atakları gün içinde genellikle aynı saatte tekrarlanma özelliğindedir. Sık olarak uyuduktan 3-5 saat sonra REM ve non-REM periyotlarda kişiyi uykudan uyandırır. Yine sabah uyandıktan sonra, öğleden önce hemen her gün aynı saatte çalar saatle ayarlanmışçasına başlar. Tek taraflı olan ağrı, başladıktan sonra kısa bir sürede en şiddetli halini alır. Kişi huzursuz bir şekilde dolaşır. Ağrı orbital, retro-orbital ve temporal bölgeye yayılım gösterir. Ağrıya değişik otonom bulgular eşlik eder. Tanı için önemli olan bu otonom bulgular ağrıyla aynı taraftadır. Konjunktival kanlanma, kızarma, göz yaşarması, burun tıkanıklığı, burun akması, alında ve yüzde terleme, miyozis, ptosis, (parsiyel Horner sendromu) ve göz kapağı ödemi gibi otonom bulgular eşlik edebilir. Hem kronik, hem de epizodik formunda %98 gibi yüksek bir oranda ağrıya söz konusu otonom bulgulardan biri veya birkaçı eşlik eder. Bunlardan en sık görüleni %82 gibi bir oranda göz yaşarmasıdır. Sırasıyla konjunktival kızarıklık-kanlanma %58-84, parsiyel Horner sendromu %57-69, burun akması ise %68-76 gibi sıklıkta görülmektedirler. Alın ve yüzde terleme ile göz kapağında ödem seyrek rastlanan otonom bulgulardandır. Yine az sayıda olguda ağrı sırasında kalp hızı değişiklikleri ve ritm değişiklikleri gibi kardiyak bulgular tanımlandığı gibi, bulantı (%40), kusma (seyrek), diare gibi gastrointestinal otonomik bozukluklar da bildirilmiştir (Saip, 2005).

Ağrı başladığı gibi yine hızla geçer ve kişi rahatlar. Ağrının başlaması ve sonlanması 15-180 dakika arasında değişen sürelerde olmaktadır. Bu ağrı atakları 'Küme' dönemlerinde daha öncede belirtildiği gibi gün aşırı birden, aynı gün içinde 1 ile 8 kez tekrarlanma özelliğindedir. Ancak yaygın olarak günde bir atak

görülmektedir. Bizimde patliğimizde bu böyledir. Ağrının özelliklerinden biraz daha bahsedecek olur isek, ağrı çok şiddetli dayanılmaz nitelikte ve genellikle sıkıcı, oyuncu, sıkıştırıcı, basınç hissi tarzındadır. Ağrı o kadar şiddetlidir ki, çekenler intiharı bile düşündüklerini ifade etmektedirler. Daha seyrek olarak (3'te 1) ağrı migrendeki gibi zonklayıcı, nabız atar gibi tanımlanmaktadır. Bir diğer özellik de ağrı bölgesinin dokunmaya çok duyarlı olmasıdır (Saip, 2005).

Bu özellikleriyle her ne kadar KBA 'sını tanımak kolay gibi görünse de Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) 2004'te tanının standardizasyonu ve olası yanlış tanılardan kaçınmak için kriterler oluşturmuştur (Saip, 2005).

Küme baş ağrısı tanı kriterleri - IHS 2004

- A. B ve D'dekilere tam olarak uyan en az 5 atak
- B. Tedavisiz olarak 15-180 dakika süren şiddetli veya çok şiddetli tek taraflı orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı
- C. Baş ağrısına, aşağıdakilerden en azından biri eşlik etmelidir:
 - 1. İpsilateral konjunktival kızarıklık ,kanlanma ve/veya göz yaşarması.
 - 2. İpsilateral burun tıkanıklığı ve/veya akıntısı
 - 3. İpsilateral gözde ödem
 - 4. İpsilateral alın ve yüzde terleme
 - 5. İpsilateral miyozis ve/veya ptozis
 - 6. Huzursuzluk ve ajitasyon hali
- D. Atakların sıklığı gün aşırı 1'den, bir günde 8'e değişebilir.
- E. Bu bulguların başka sistemik veya nörolojik bir hastalığa bağlı olmamalı. (IHS, 2004; Saip, 2005).

2.2.3.1.ii.KBA'da Tetikleyici-Kolaylaştırıcı Faktörler: KBA'da migrende olduğu gibi tetikleyici faktörler çok net değildir. Alkol, histamin, nitrit-nitrat gibi vazodilatatör ajanlar sorumlu tutulmuşsa da bu kanıtlanamamıştır. Özellikle alkol ve sigaranın üzerinde durulmuş ve bu kişilerin normal kontrollere göre daha çok sigara ve alkol kullandıkları saptanmış. Bizim olgularımızda da alkol tetikleyici öge olarak görülmekle birlikte bu kesinlik kazanmamıştır. Yine bizim olgularımızda mevsim dönümleri, özellikle ilk ve son bahar başlangıcı küme dönemlerini başlatıcı faktör gibi görülmektedir (Saip, 2005).

KBA'sının erkeklerde daha fazla görülmesinden yola çıkarak bu kişilerin kişilik özellikleri incelenmiş, KBA'sı için yatkın kişilik özellikleri bildirilmiştir, ilk kez Graham KBA'lı erkeklerin aslan yüzü görünümünde olduklarını ve bunların genellikle çok güvensiz, eşlerinin kararlarına bağımlı olarak hareket eden ve histerik eğilimler gösteren kişiler olduğu bildirmiştir. Buna karşın başka yazarlar da KBA'lı kişilerin çok hırslı, çalışkan, A tipi kişiliğe sahip olduklarını belirtmişlerdir. Ancak tüm bu iddialar yapılmış olan kontrollü çalışmalarda ispatlanamamıştır. Nitekim KBA'lı olgularda psikolojik durum ve kişilik özellikleri, psikometrik testlerin de kullanıldığı araştırmalarda migren ve diğer baş ağrılı kişilerden farklılık göstermemiştir (Saip, 2005).

2.2.3.1.iii.Fizyopatoloji:KBA'nın fizyopatolojisi halen tam anlaşılmış değildir. Ağrının şekli, sirkadiyen özelliği, yerleşimi ve eşlik eden semptomlardan yola çıkarak değişik fizyopatolojik yaklaşımlar sözkonusudur. Teknolojik gelişmeler ve bunların kullanımı yeni veriler katmışsa da KBA'nın tüm özelliklerini açıklayacak model tam olarak oluşturulamamıştır. KBA'da ağrının kökeni, vazodilatasyonun nedeni, otonomik değişikliklerin kaynağı,periyodisitenin nedeni gibi sorular halan aydınlatılmayı bekleyen temel sorulardır (Saip, 2005).

Ağrının şiddetli olması vasküler kökenli bir ağrıya işaret etmektedir. Ağrının ortaya çıkış yeri ve yayılımı kavernös sinüs içi bir olayı düşündürmektedir. Buradan yola çıkarak kavernös sinüse yönelik yapılan değişik çalışmalarda gerçekten de internal karotid arterin kavernöz parçasının proksimalinde vazokonstriksiyon, kavernöz parçasında ise vazodilatasyon saptanmıştır. Vazodilatasyon ağrıyla aynı tarafta oftalmik, anterior serebral ve orta serebral arterde de görülmüştür. Söz konusu bu vazodilatasyon olayın başlangıcından ziyade bir sonuçtur ve ağrı başladıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Öyleyse başka bir olay süreci başlatmaktadır. Gerçekten de yapılan değişik çalışmalarda kavernös sinüs ve ilişkide olduğu venlerde nörojenik inflamasyon gösterilmiştir. Ağrının birincil nedeni de budur. Bu inflamasyonun sebebi de büyük olasılıkla trigemino-vasküler sistemin aktivasyonudur. KBA atağı sırasında ipsilateral eksternal juguler vende CGRP (calsitonin gene related polipeptid) ve VIP'in (vazoaktif intestinal peptid) artmış olarak bulunması, buna karşın substans P ve nöropeptid Y'nin normal düzeyde saptanması buna kanıt veriler olarak kabul edilmiştir. Yine bir substans P inhibitörü olan somatastinin ve perivasküler nörojenik inflamasyonu bloke eden sumatriptan ve dihidroergotaminin söz konusu ağrıyı geçirmeleri sorumlu nörojenik inflamasyonu gösteren dolaylı ancak güçlü kanıtlardır. Oluşan nörojenik inflamasyon ağrıya ve vazodilatasyona neden olur. Sırasıyla gelişen venöz staz, venöz konjesyon ve damarlarda şişme sempatik ağın kompresyonuna neden olur. Bu bası sonucunda da söz konusu otonomik bulgular ortaya çıkar. Buraya kadar anlatılanlar değişik çalışmalarla ortaya konmuştur. Halen net olmayan ilk tetiği çeken olayın ne olduğu ve de periyodisitedir. Değişik spekülasyonlar söz konusudur. En kabul göreni, suprakiazmatik nukleuslarda lokalize olduğu düşünülen 'biyolojik saat', 'circadian pacemaker'da bir bozukluk olabileceğidir. Beyin sapı serotonerjik merkezlerle ve trigeminal nukleuslarla bağlantıları olan bu merkezdeki bozukluk, aksama söz konusu beyin sapı yapıları, özellikle de trigemino-vasküler sistem üzerinde tetikleyici rol oynamaktadır. Bu sistem tetiklendikten sonrada yukarıda anlatılan ağrı ve eşlik eden bulgulara neden olan fizyopatolojik süreçler başlar ve sonlanır (Saip, 2005).

2.2.3.2. PAROKSİZMAL HEMİKRAİNİYA (PH)

Tanı konan ve bildirilen olgu sayısı artmakla birlikte çok seyrek görülen bir primer baş ağrısı formudur. Görülme sıklığı ile ilgili tam veriler yoktur. Önceleri ağırlıklı olarak kadınlarda daha sık görüldüğü kanısı (K/E=7/1) yaygın iken, son bildirilen serilerde bu oranın giderek kapandığı görülmüştür (K/E=2.3/1). Tanı kriterleri oluştuğca ve de daha kolay hale geldikçe bu cinsiyet farkının daha da kapanacağına inanılmaktadır. Başlama yaşı tüm diğer primer baş ağrılarında olduğu gibi 25-40 yaş arasındır (Saip, 2005).

Bildirilen olgu sayısı arttıkça üç farklı formu olduğunu görmekteyiz. Diğer primer baş ağrılarında olduğu gibi epizodik olanı, başından beri kronik olan formu, bir de epizodik başlamış kronikleşmiş formudur (Saip, 2005).

2.2.3.2.1. Klinik Özellikleri: Hem kronik hem de epizodik formunda klinik özellikler benzerdir. Ağrı kesinlikle hep aynı tarafta ve de karşı tarafa yayılım göstermez. Ağrı en sık olarak sırasıyla oküler, temporal, maksiler ve frontal bölgede hissedilir. Atipik farklı yerleşimler (okspital, retroorbital, otalji şeklinde) bildirilmişse de çok seyrekdir (Saip, 2005).

Ağrı şiddetli olup birden ortaya çıkar ve kişi hemen bir yere oturma ya da yatma ihtiyacı duyar. Genellikle kişiler cenin pozisyonunda sessizce yatma eğilimindedirler. Ağrının karakteri zonklayıcı, damar atar gibi, oyucu, delici olarak tanımlanmıştır. Ağrı süresi ortalama 2-25 dakika olarak bildirilmişse de, ağrının 120 dakika sürdüğü olgular da bildirilmiştir. Ağrı atakları gün içinde sık tekrarlama eğilimindedir. Bu ataklar genel olarak günde 1 ile 40 arasında değişmektedir. En yaygın şekliyle günde 15 atağın üzerinde bildirilmiştir. Ağrı ataklarının küme baş ağrısında olduğu gibi günün belirli saatlerinde görülme özelliği yoktur. Günün her saatine ortaya çıkabilirler. Ağrılarının yine 3'te 1'i uyku sırasında ortaya çıkarlar. Her ne kadar REM' le ilişkilendirilmişlerse de gecenin her saatinde görülebilirler (Saip, 2005).

Ağrıları tetikleyen faktörler arasında %20 gibi başın eğilmesi ya da rotasyonu bildirilmiştir. Daha seyrek olarak C2 köküne ya da büyük oksipital sinire bası ağrısı başlatılmaktadır (Saip, 2005).

Ağrıya, ağrıya aynı tarafta değişik otonom semptomlar eşlik edebilir. En sık olarak (%60) göz yaşarması görülür. Sırasıyla %42 burunda tıkanıklık, %36 burun akıntısı ve göz kızarması, %33 ptöz ve seyrek olarak miyozis, terlemede artış görülebilir. Son olarak PH'nın semptomatik olarak da (anevrizma, AVM, kollajen doku hastalıkları, intrakraniyal hipertansiyon, tümör) görülebileceğini ve mutlaka bunedenleri ekarte etmek gerektiğini vurgulamak yerinde olacaktır. Yine PH'nın diğer primer baş ağrılarıyla (migren, gerilim baş ağrısı) birlikte görülebileceğini anımsatmak uygun olacaktır (Saip, 2005).

PH' lı olgularda özellikle atak sırasında yapılan değişik laboratuvar incelemelerinde bazı farklılıklar saptanmıştır. Özellikle MR ve dinamik kan akışını gösteren yöntemlerle (Doppler, anjiyografi) yapılan çalışmalarda küme baş ağrısında olduğu gibi oftalmik venlerde segmental daralmalar ve oküler kan akışında artış saptanmıştır. Katekolaminlerin ve beta endorfinlerin siklik salınımında anormallik, kraniyal venöz kanda calsitonon-related peptid (CGRP) ve vazoaaktif intestinal peptid (VIP) seviyelerinde artış gösterilmiştir. İndometasin sağaltımından sonra bunların normal seviyelere gerilediği gözlenmiştir. Ancak tüm bu veriler halen PH' nın doğasını açıklamaya yetmemektedir (Saip, 2005).

2.2.3.3. SUNCT SENDROMU (Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headaches with Conjunctival Injektion and Tearing) Tek taraflı göz yaşarması ve kızarmasının eşlik ettiği kısa süreli nevralfiform ağrılar primer baş ağrılarının en seyrek görülenlerinden olmakla birlikte en dramatik ve değişken kliniğe sahiptir. İlk kez 1978'de tanımlanmıştır. Bugüne kadar değişik merkezlerden toplam 30 kadar olgu bildirilmiştir. Bu olguların özelliklerinden yola çıkarak tanı kriterleri oluşturulmuş ve klinik özellikleri belirlenmiştir. Diğer primer baş ağrılarından farklı olarak daha ileri yaşlarda ortaya çıkma eğilimindedir. Ortalama görülme yaşı 50'dir. Yine erkeklerde daha sık görülmektedir. Erkek kadın oranı 2.5/1'dir. Bu sendromun en önemli klinik özelliği gün içinde çok kısa ağrı ataklarının sık olarak tekrarlamasıdır. Ağrının süresi saniyelerle sınırlıdır. Genel olarak 5 ile 120 sn sürmektedir. Ortalama 50 sn sürer. Daha uzun sürebileceği de bildirilmiştir. Ağrı aniden başlayıp birden sonlanmaktadır. Bazen ağrısız dönemlerde aynı bölgede bir dolgunluk hissi olabilir. Daha öncede sözünü ettiğimiz gibi ağrılar gün içinde sık tekrarlama eğilimindedirler. Ortalama günde 30 (6-77 arası) kez tekrarlayabilir. Ağrılı dönem aylarca süren remisyon dönemleriyle sonlanabilir. Ağrılı dönemler genellikle birkaç haftayla birkaç ay sürer ve yılda bir ile iki kez yaşanabilir (Saip, 2005).

Ağrılı dönem ile remisyonların belirli bir düzeni yoktur. Ağrı ataklarının gün içerisinde ortaya çıkışlarında da bir özellik söz konusu değildir. Uyku dahil, günün her saatinde görülebilirler (Saip, 2005).

Ağrı şiddetli, yakıcı, oyucu, 'elektrik çarpmış gibi' karakterdedir. Genellikle tek taraflı göz çevresinde, alında ve temporal bölgede lokalizedir. Bazen burun ve ağız içine yayılabilir. Yine küme baş ağrısında ve paroksizmal hemik-raniyada olduğu gibi ağrıya konjunktival kızarıklık, göz yaşarması, burun tıkanıklığı ve akıntısı, ptoz veya göz ödemi gibi otonomik bulgulardan biri veya birkaçı eşlik edebilir. Ağrıyı Trigeminal sinir inervasyon alanlarına dokunulması, uyarılması tetikleyebilir. Semptomatik taraf saçlar, alın, burun, dudaklar gibi. Yine yüz yıkama, traş olma, diş fırçalama, yemek yeme, konuşma gibi eylemler ağrıyı uyurabilir. Boyun hareketleri de tetikleyiciler arasında bildirilmiştir (Saip, 2005).

3 olguda beyin sapında, ağrıya aynı tarafta, değişik lezyonlar bildirilmiştir. Bu nedenle böyle bir olguyla karşılaşıldığında altta yatabilecek semptomatik bir nedeni ekarte etmek için beyin görüntülemesine başvurulmalıdır. Özellikle de manyetik rezonansla görüntülenmesi uygun olacaktır(Saip, 2005).

2.2.4 DİĞER SEYREK GÖRÜLEN PRİMER BAŞ AĞRILARI

Bu bölümde çok seyrek görülen primer baş ağrılarında söz edilecektir. Genel pratikte tanınmaları kolay değildir. Tedavi yaklaşımları diğer primer baş ağrılarında farklı olduğundan tanınmaları çok önemlidir. Çünkü erken tanı hastaların ağrısız yaşamlarına, yaşam kalitelerinin artışına neden olacaktır (Saip, 2005).

2.2.4.i. Primer Saplanma Baş Ağrısı: Altta yatan organik bir neden olmaksızın başın değişik yerlerinde ortaya çıkan, tekrarlayıcı, anlık(3-5sn) batmalar, saplanmalar. Gün içinde sık tekrarlayabilir. Eğer hep aynı lokalizasyonda ortaya çıkma eğilimindeyseler o zaman altta yatan olası organik bir neden açısından ayrıntılı inceleme gerekebilir. Genellikle migrenlilerin %40'ında, küme baş ağrılarında %30'da benzer ağrılar vardır (Saip, 2005).

2.2.4.ii. Primer Öksürük Baş Ağrısı: Öksürme veya valsava manevrası sonrası aniden ortaya çıkar ve genellikle 15-30 dakika sürer. Genellikle 40 yaş üstü kişilerde ortaya çıkar ve bilateral yerleşimli künt bir ağrıdır. Öksürükle ilişkili baş ağrılarının altında %40 gibi organik bir neden bildirilmiştir. Özellikle Arnold Chiari malformasyonu olabilir. Bu nedenle primer öksürük baş ağrısı tanısı konmadan önce olası organik nedenler ekarte edilmelidir (Saip, 2005).

2.2.4.iii. Primer Egzersiz Baş Ağrısı: Genellikle aşırı bir egzersiz sonrası ortaya çıkan 5 dakika ile 48 saat sürebilen zonklayıcı baş ağrısıdır. Özellikle sıcak havada ve yüksek ortamda daha kolay ortaya çıkar. Yine ağırlık kaldırınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. İndometasinin birçok olguda yararlı olmaktadır (Saip, 2005).

2.2.4.iv. Seksüel Aktiviteyle İlişkili Baş Ağrısı: Seksüel eylem sırasında başlayan, genellikle bilateral künt bir ağrının,orgazmla birlikte patlayıcı bir şekilde çok şiddetlenir ve zonklayıcı bir hal alır.Birden ortaya çıkması nedeniyle özellikle ilk ortaya çıktığında mutlaka subaraknoid kanama dışlanmalıdır. Primer olanında ağrı süresi değişkendir. 1 dakika ile 5 saat arası sürebilir. Aynı kişide her seksüel eylem sırasında ortaya çıkmaz.Genellikle kişinin gergin,sıkıntılı olduğu zamanlar görülür (Saip, 2005).

2.2.4.v.Hipnik Baş Ağrısı: İlk kez 1988'de Raskin tarafından bildirilmiş olan bu baş ağrısı tipi çok seyrek görülmektedir. Ağrı genellikle bilateral ve zonklayıcı karakterdedir. Ağrıya herhangi bir otonom bulgu eşlik etmemektedir. Genellikle 15 ile 60 dakika sürmektedir. Bazen gecede birkaç kez tekrarlayabilir. Genellikle uykuda hızlı göz küresi hareketlerinin görüldüğü (REM) dönemde ortaya çıkmakta ve kişiyi uyandırmaktadır. Kadınlarda 2.5/1 gibi bir oranda daha sık görülmektedir. Şimdiye kadar bildirilmiş olguların çoğu ileri yaştadır. Ortalama görülme yaşı 65'tir. Genellikle her gece ve özellikle de saat 01.00 ile 03.00 saatleri arasında görülmektedir. Ağrı birden başlar, genellikle tüm başa yayılır ve zonklayıcıdır. Yine genellikle kendiliğinden 15 ile 180 dakika içinde geçer. Olguların 4'te l'inde ağrı hemikraniyaldir. Nadiren ağrıya bulantı, kusma, fono ve foto-fobi eşlik eder. Ancak herhangi bir otonom bulgu eşlik etmez (Saip, 2005).

2.2.5. İKİNCİL BAŞ AĞRILARI

2.2.6.KRANİYAL NEVRALJİLER, SANTRAL ve BİRİNCİL FASİYAL AĞRI ve DİĞER BAŞ AĞRILARI

2.2.7.TEDAVİ

Kronik günlük baş ağrılı hastaların tedavisi, özellikle hastalar aşırı ilaç kullanmışlarsa veya hastalarda komorbid depresyon varsa zor olabilir. Etkili tedavide şu basamakları takip etmek gerekir:

1. Sekonder baş ağrılarının hariç tutulması,
2. Spesifik uzun süreli primer KGBA rahatsızlığının teşhisi
3. Medikal veya psikiyatrik komorbiditelerin belirlenmesi ve tedavisi,
4. Aşırı ilaç kullanımının tespit edilmesi ve bütün semptomatik ilaçların sınırlandırılarak (uzun etkili nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar hariç) hastanın bağımlılıktan kurtarılması,
5. Sınırlı farmakoterapiyle aşırı semptomatik ilaç kullanmayan hastanın akut şiddetli baş ağrısının tedavi edilmesi,
6. Semptomatik ilaca bağılılığı azaltmak için hastaya spesifik tanıya dayalı önleyici ilaç programının başlanması ve hastaya aşırı ilaç kullanımı azaltılmadan ve bu period tamamlanmadan önleyici ilacın tamamen etkili olamayabileceğini açıklamak,
7. Psikolojik destek tedavisi sağlamak; danışmanlık hizmeti, stresle başa çıkma, rahatlama terapisi ve “biofeedback “ dahil olmak üzere,
8. Düzenli germe egzersizleri, dengeli beslenme ve yeterli uykuya teşvik,
9. Fiziksel tedavi sağlamak;
 - Modalite tedavileri (sıcak-soğuk kompres, ultrason ve elektrik stimülasyonu)
 - Germe egzersizi
 - Tetik nokta injeksiyonu (boyundaki ağrı tetikleyici noktaların tedavisi, özellikle boyun hareketlerinden etkilenen KGBA için etkili olabilir)
 - Oksipital sinir blokları (Sözen, 2005).

2.2.7.1.Gebelik Döneminde Tedavi

Bilindiği gibi Hamilelerde ilaçların etkilerine yönelik prospektif çalışma yapmak etik olmadığı için ilaç kullanımını sınırlıdır (Süzer, 2005).

Doğum sonrası tespit edilen anomalilerin yaklaşık %10'una teratojen ajanların neden olduğu tespit edilmiştir. İlaçlar bu anomalilerin yaklaşık %1-2'lik bölümünden sorumlu tutulmuşlardır (Yıldırım, 2008).

Gebelikte ilaçlar; embriyo yada fetusu direkt olarak etkileyip ölümüne yol açabilir. Çeşitli organ sistemlerinde şekil ve fonksiyon bozuklukları oluşturabilir. Anneden fetusa besin ve oksijen transferini sağlayan plasentada zarar oluşturarak, bebekte gelişme geriliği yapabilir. Uterus duvarı kaslarının kasılmasına neden olarak dolaylı şekilde fetal kanlanmayı azaltabilir, ayrıca erken doğumu tetikleyebilir (Yıldırım, 2008).

Bunların ilki ilacın alınma yolu, dozu, suresi, metabolizması, emilimi, yarılanma ömrü, plasentadan geçişi gibi faktörlerdir (Yıldırım, 2008).

Doğal olarak ilacın dozu, alınma suresi ne kadar fazlaysa etkiside o kadar fazla olabilecektir. Aynı şekilde yarılanma ömrü uzun olan, plasentadan fazla geçen ilaçlarda aynı şekilde daha fazla etki gösterebilirler. İlaçların plasentadan geçişlerinde ilacın gebe kanındaki yoğunluğu, ilacın molekül büyüklüğü, ilacın elektrik yükü, proteinlere bağlanabilirliği, yağda eriyebilir olması, ilacın metabolizması gibi faktörler rol oynayabilir (Yıldırım, 2008).

İlaçların teratojen etkilerindeki ikinci özellik genetik yatkınlıktır. İnsanlarla ilgili tespit edilen, teratojen etkisi kesin olan ilaç bilindiği gibi talidomiddir. Oysa aynı talidomid, daha yüksek dozlarda bile fare ve tavşanlarda teratojen etki göstermemektedir. Yine benzer tarzda tavşanlarda özellikle dudak-damak yarığı

başta olmak üzere çeşitli anomalilere yol açan prednizon ve prednizolon gibi kortikosteroidlerin insanlarda teratojenite riskini artırdığına dair kanıt yoktur. Bu durum teratojen ajanların farklı canlılarda farklı etkilere sahip olduğunu gösterir. Teratojen ajanların farklı canlılarda değişik şekillerde etki göstermesini genetik yatkınlık başlığı altında toplamak mümkündür (Yıldırım, 2008).

İlaçların teratojen etkilerindeki üçüncü ve belki de en önemli özellikte gebeliğin dönemidir. Teratojen ajanların etkilerine göre gebeliği 3 döneme ayırmak mümkündür. Adetleri 28 günlük sikluslarla olan kadınlarda, son adet ilk gününden başlayarak 31. güne kadar olan süre preimplantasyon dönemi adını alır. Bu dönemde ya hep, ya hiç kuralı geçerlidir. Yani ya gebelik ürünü olur ya da hiçbir şekilde etkilenmez. Bu dönemde teratojen ajanla karşılaşıldığında, daha sonra fetusun yaşadığı görülürse, fetusun bu ajandan etkilenmediği söylenebilir. Son adet ilk gününden itibaren 31-70. günler arası dönem organogenez dönemi adını alır. Bu devre teratojen ajanların etkilerine en çok acık olunan dönemdir. Çünkü embriyoda değişim, dolayısıyla dokuların, organların ve sistemlerin oluşumu bu sürede başlamakta ve büyük ölçüde tamamlanmaktadır (Yıldırım, 2008).

Bu nedenle bu süre içinde gebelik teratojen etkilere karşı çok hassastır. Gebeliğin 71. gününden başlayarak doğuma kadar geçen süre fetal dönem adını alır. Organogenez tamamlandığı için genellikle büyüme gelişme gerilikleri ve fonksiyon Bozukluklarıyla ilgili problemler bu dönemde ön plana geçer (Yıldırım, 2008).

1977 yılında FDA (Food and Drug Administration) bu konu da bir strateji oluş turmuş tur. 3000'in üzerin de ilaç FDA tarafından test edilmiş ve bunlar dan sadece 20 tanesinin insanda teratojen olduğu gösterilmiştir. İlaçların çoğu placenta'dan geçebilmektedir ve fetus'u etkileme riskleri mevcuttur. Gebelikte kullanım risklerine göre FDA ilaçları 5 kategori de toplamıştır . İdeal bir gruplama olmamakla birlikte, bu kategorizasyon; bir rehber ya da ilacın riskini ortaya koyan bir liste olarak değerlendirilmelidir (Altıntaş, 2005).

Gebelikte kullanılabilirliklerine göre FDA tarafından 5 kategoride toplanmıştır.

Kategori A: İnsanlar ve hayvanlarla yapılan kontrollü çalışmalarda teratojen etkilerine rastlanmayan ilaçlar bu grupta yer alır. Bu gruptaki ilaçların sayısı çok azdır. Gebelikte kullanılan multivitamin ve mineral içeren ilaçlar bu gruba örnek olarak gösterilebilir.

Kategori B: Hayvan deneylerinde fetal risk göstermeyen ancak insanlarla ilgili çalışma olmayan ilaçlar bu grupta yer alır. Ayrıca kontrollü insan çalışmalarında risk artışı görülmeyen ancak hayvan çalışmalarında risk artırdığına dair kanıt olan ilaçlarda B kategorisinde yer alır. Gebelikte kullanılan ilaçlar büyük ölçüde bu gruba dahildir.

Kategori C: Hayvan çalışmalarında risk artışı görülen ancak insan çalışması olmayan ilaçlarla, hayvan ve insanlarla ilgili kontrollü çalışma yapılmayan ilaçlar bu grupta yer alır. İlaçların büyük bölümü bu gruba girer. Gebelikte bu gruptaki ilaçlar kar-zarar bilançosu dikkate alınarak etkili minimal dozda kullanılabilir. İlaç kullanımı şartlar uygunsa organogenez döneminin sonrasına bırakılmalıdır.

Kategori D: Bu grupta yer alan ilacın fetal riski artırdığı kanıtlanmıştır.

Ancak ilacın potansiyel yararı fetal riskinden daha fazladır. Bu nedenle çok gerekli olduğunda başka seçenek yoksa bu grup ilaçlar gebelikte kullanılabilir

Kategori X: Bu kategorideki ilaçların fetal riski artırdığı kesin olarak kanıtlanmıştır. Bu teratojenite riski ilacın sahip olduğu her türlü potansiyel yararından daha fazladır. Bu nedenle bu gruptaki ilaçların hiçbir şekilde gebelikte kullanılmaması gerekir. (Yıldırım, 2008).

Gebelikte kullanılabilen analjezikler;

Tablo.2.1. Analjeziklerin Gebelikte kullanımını için risk kategorisi gösterimi

ANELJEZİKLERİN GEBELİKTE KULLANIMI İÇİN RİSK KATEGORİSİ	
İLAÇ	GEBELİK RİSK KATAGORİSİ
ACETAMİNOPHEN	B
İBUPROFEN	B/D*
NAPROXEN	B/D*
ACETAMİNOPHEN /OXYCODONE	B
ACETAMİNOPHEN/ CODEİN	C
MEPERİDİNE	B
PROCHLORPERAZİNE	C
SUMATRIPTAN	C
BUTALBİTAL/ASPIRİN/CAFFEİNE	C/D*
ERGOTAMİNE/ CAFFEİNE	X

(Source: Briggs et al., 2002, Stephen et al., 2005)

Şeklindedir. Bunlardan en sık kullanılanları;

1.Parasetamol (asetaminofen): Ağrı kesici ve ateş düşürücü olarak çok sık kullanılan ilaçtır. Bu amaçla gebelikte de en sık kullanılan preparattır. Normal dozlarda kullanıldığında herhangi bir teratojen etkisi bilinmemektedir. Ancak intihar girişimi gibi çok yüksek dozlarda kullanıldığında gebede karaciğer hasarına ve fetusun ölmesine yol açabileceği ileri sürülmüştür (Yıldırım, 2008).

2.Aspirin: Aspirinin gebelikte kullanımında teratojen etkisi ile ilgili çelişkili bilgiler mevcuttur. Klasik 500 mg'ın üstündeki dozlarda kullanılması durumunda eskiden doğumsal kalp hastalıklarına yol açtığı ileri sürülürken son yapılan çalışmalarda böyle bir etkisinin olmadığı iddia edilmektedir. Yapılan bir çalışmada gebeliğin ilk yarısında yüksek dozda uzun süre aspirin alımının bebeğin IQ puanını düşürdüğü bildirilmişse de bunu destekleyen başka çalışmalar yoktur. Özellikle gebeliğin son dönemlerinde kullanıldığında gebede kanama, miad geçmesi, doğum travayının uzaması, özellikle prematüre bebekte kanama gibi teorik riskleri vardır. Aspirinin diğer bir teorik riski de gebeliğin son dönemlerinde yüksek dozda kullanılması durumunda fetusun “ductus arteriosus” damarının doğumdan önce kapanmasına ve bebekte dolaşım bozukluğu oluşumuna yol açabileceğidir (Yıldırım, 2008).

3.Nonsteroid Antiinflamatuvarlar: Gebelikte en sık ibuprofen ve naproksen kullanılmaktadır. Bu ilaçların ilk 2 trimesterde teratojen etkilerinin olmadığı kabul edilmektedir. Ancak otuzlu haftaların başından itibaren kullanıldıklarında prostoglandin sentez inhibitör etkisi ile fetusta ductus arteriosus damarının doğumdan önce kapanmasına ve böylece fetal kan dolaşımında bozulma ile pulmoner hipertansiyon gelişmesine yol açabilir. Ayrıca fetal idrar miktarını azaltarak oligohidramniosa (amniotik sıvının azalması) neden olabilir (Yıldırım, 2008).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde takip edilen gebelerde, gebeliğin baş ağrısı üzerine olan etkilerini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, 01.09.2009-31.02.2010 tarihleri arasında Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde takip edilen gebe kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, 01.09.2009-31.02.2010 tarihleri arasında Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde takip edilen 341 gebe kadın oluşturmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla alanda anket yöntemi kullanılmıştır. Veriler, örneklem olarak seçilen katılımcılar ile karşılıklı olarak yazılı anket sorularına cevap alınmak suretiyle elde edilmiştir.

Anketlerin dağıtımında anketörlerden ve katılımcılardan faydalanılmıştır. Verilerin toplanması, 6 aylık bir çalışma sonucunda tamamlanabilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Alanda anket uygulaması sonucu elde edilen veriler, SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında çapraz tablolar ve ki kare testi faydalanılmıştır. Verilerin analizinde genel olarak nominal (sınıflayıcı) ölçek kullanılmış ve anket kağıdındaki sorular genel olarak açık uçlu biçimde hazırlanmıştır.

Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak $p=0.05$ değeri seçilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit p değerleri için “istatistiksel olarak anlamlı”; büyük değerler için ise “istatistiksel olarak anlamlı değil” yorumu yapılmıştır.

4. BULGULAR

Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde takip edilen 341 gebenin bulguları;

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo.4.1. Olguların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Yaş		
<18	24	7,0
19-24	163	47,8
25-30	108	31,7
31-35	30	8,8
36 ve üzeri	16	4,7
Toplam	341	100
Eğitim		
Yok	26	7,6
İlkokul	145	42,5
Ortaokul	114	33,4
Lise	40	11,7
Üniversite	16	4,7
Toplam	341	100
Meslek		
Ev hanımı	323	94,7
Çalışan	16	4,7
Diğer	2	0,6
Toplam	341	100

Araştırmada yer alan katılımcılar yaş dağılımlarına göre incelendiğinde %7,0' ı < 18, %47,8' i 19-24, %31,7' si 25-30, %8,8'i 31-35 ve %4,7'si ise 36 ve üzeri yaş aralığına sahiptirler.

Tabloda görüldüğü gibi katılımcıların %7,6'sı herhangi bir eğitime sahip değil iken, %42,5'i 5 yıl, %33,4' 8 yıl, %11,7'si 11 yıl, %4,7'i 13 yıl ve üzeri eğitime sahiptir.

Frekans tablosunda görüldüğü üzere ankette yer alan katılımcılar %94,7'lk büyük bir oranla ev hanımlarından oluşmaktadır.

İkinci sırada ise %0,9'luk oranla ğretmen katılımcılar yer almaktadır. Öğrenci katılımcılar ise 0,6'lık oranla yer almaktadır.

4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu

Tablo.4.2 Katılımcıların genel sağlık durumu

	n	%
Eşlik Eden Hastalık		
Var	18	5,3
Yok	323	94,7
Toplam	341	100
Kullanılan İlaçlar		
Var	146	42,8
Yok	195	57,2
Toplam	341	100
Aile Öyküsü		
Var	61	17,9
Yok	280	82,1
Toplam	341	100
Gebelik Haftası		
<10	58	17
11-20	43	12,6
21-30	38	11,1
31-40	194	56,9
41 ve üzeri	8	2,3
Toplam	341	100

Katılımcılar eşlik eden hastalık türü dağılımı bakımından incelendiğinde, %94,7’ sinde “eşlik eden hastalık yok” yanıtı alınmıştır. İkinci sırada %0,6 ile hipotiroidi gelmektedir. Diğer hastalık türleri ise %0,3’er oranla eşit paya sahiptirler.

Kullanılan ilaç dağılımına baktığımızda %42,8 katılımcı ilaç kullanım öyküsü vardır. Kullanılan ilaç türleri bakımından dağılım incelendiğinde, sırası ile katılımcıların %42,8' i vitamin+demir, %37,5' inde analjezik kullanımı saptanmıştır. Bunların %55'i parasetamol kullanmaktaydı. Diğer ilaç ve ilaç gruplarının kullanım oranları ise yukarıda belirtilen ilaçlara göre önemli derecede düşüktür.

Araştırmada yer alan katılımcıların % 17,9'unun aile öyküsü bulunurken, %82,1'inin aile öyküsü bulunmamaktadır. Migren baş ağrısına sahip gebelerin %37,5' inde 1. Derece akrabalarında migren baş ağrısı öyküsü bulunmuştur.

Katılımcıları gebelik haftalarına baktığımızda; %56,9 ile 31-40 hafta oluşturmaktadır.

4.3. Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Şikayeti

Tablo.4.3. Katılımcıların Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Şikayeti

	N	%
Baş ağrısı		
Var	106	31,1
yok	235	68,9
Toplam	341	100

Katılımcıların % 31,1' i gebelik öncesi baş ağrısı şikayetlerinin olduğunu, %68,9' u ise gebelik öncesi dönemde söz konusu şikayetin olmadığını belirtmiştir.

Tablo.4.3.1. Katılımcıların Gebelik Öncesi Baş Ağrılarının Dağılımı

	n	%
Migren	16	15,1
GTB	52	49,1
Diğer	38	35,8
Toplam	106	100

Diğer: (n:31 Sinüzite bağlı baş ağrısı, n:3 Tansiyona bağlı, n:3 Gripe bağlı, n:1 Guatra bağlı baş ağrısı)

Gebelik döneminde baş ağrılarının %15,1'i migren, %49,1 'i GTB, %35,8'i diğer baş ağrılarını oluşturmaktadır.

Tablo.4.3.2. Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Sıklığının, Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Tiplerine Dağılımı

		Gebelik öncesi baş ağrısı tipi					
		Migren		Gerilim tipi		Diğer	
		n	%	n	%	n	%
Baş ağrısı sıklığı	Hergün	2	12,5	3	5,8	6	15,8
	Haftada 1-2	3	18,8	12	23,1	11	28,9
	Haftada 2-3	1	6,3	3	5,8	11	28,9
	Haftada 3-4	1	6,3	3	5,8	0	0,0
	Ayda 1-2	8	50	25	48,1	7	18,4
	Ayda 2-3	1	6,3	4	7,7	2	5,3
	Ayda 3-4	0	0	0	0	1	2,6
	Yılda 1-2	0	0	2	3,8	0	0
Toplam		16	100	52	100	38	100

$$X^2=24,12 \quad P=0,044$$

Gebelik öncesi baş ağrısı tipinin baş ağrısı sıklığına dağılımı verilmektedir. Baş ağrısı sıklığına bakıldığında, hamilelik öncesi migren şikayeti olan gebelerin %50' sinin ayda 1-2 yaşadığı, gerilim tipi baş ağrısı yaşayan gebelerin %48,1 'inin ayda 1-2 yaşadığı, diğer tip baş ağrılarında ise % 28,9' unun haftada 1-2 ve haftada 2-3 sıklıkla yaşadıkları görülmüştür. İstatistik olarak anlamlı bulunmuştur (P<0,05).

Tablo.4.3.3. Gebelik Öncesi Baş Ağrısı Özelliklerinin, Gebelik Öncesi Baş Ağrısına Dağılımı

		Gebelik öncesi baş ağrısı tipi					
		Migren		Gerilim tipi		Diğer	
		n	%	n	%	n	%
Baş ağrısı özellikleri	Baş-alın-şakak bölgesi zonklayıcı	1	6,3	32	61,5	31	81,6
	Tüm ağrı	2	12,5	0	0	0	0
	Ensedene başa, şakaklara yayılan	5	31,3	9	17,3	2	5,3
	Zonklayıcı+mide bulantısı eşliğinde	1	6,3	0	0	0	0
	Yarım ağrı	7	43,8	5	9,6	1	2,6
	Gözlerden başa yayılan	0	0	1	1,9	0	0
	Baş-alın-şakak	0	0	5	9,6	4	10,5
Toplam		16	100	52	100	38	100

$$X^2=51,61 \quad p=0,00$$

Gebelik öncesi dönemde baş ağrısı özelliklerinin, baş ağrısı tipine dağılımına baktığımızda; Migren tipi baş ağrısı sahip katılımcıların %43,8'i yarım ağrı, GTB' ye sahip katılımcıların %61,5' inde baş-alın-şakak bölgesinde zonklama, diğer tip baş ağrısına sahip katılımcıların %81,6' sı baş-alın-şakak bölgesinde zonklayıcı tarzında ağrı özelliği tanımlamışlardır. İstatistik açıdan anlamlı bulunmuştur (P<0,05)

4.4. Gebelik Dönemi Baş Ağrısı Şikayeti

Tablo.4.4. Katılımcıların Gebelik Dönemi Baş ağrısı Şikayeti

	N	%
Baş ağrısı		
Var	141	41,3
yok	200	58,7
Toplam	341	100

Katılımcıların % 41,3' ü gebelik dönemi baş ağrısı şikayetlerinin olduğunu, %58,7'si ise gebelik sonrası dönemde söz konusu şikayetin olmadığını belirtmiştir.

Tablo.4.4.1. Katılımcıların Gebelik Dönemi Baş ağrılarının Dağılımı

	N	%
Migren	14	9,7
Gtb	85	58,6
Diğer	42	29,0
yok	4	2,8
Toplam	141	100

Diğer: (n:29, Sinüzite bağlı baş ağrısı, n: 6, Tansiyona bağlı baş ağrısı, n:3 Gripe bağlı baş ağrısı, n:1 Guatra bağlı baş ağrısı, n:3 Preeklamsiyeye bağlı baş ağrısı)

Gebelik dönemi baş ağrılarının dağılıma baktığımızda %9,7' si migren, %58,6' sı GTB, %29,0' u diğer baş ağrılarıdır. Gebelik öncesi baş ağrısı olup, gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti olmayanlar ise %2,8' lik paya sahiptir.

Tablo.4.4.2. Gebelik Dönemi Baş ağrısı Sıklığının, Gebelik Dönemi Baş ağrısı Tipine Dağılımı

		Gebelik dönemi baş ağrısı tipi					
		Migren		Gerilim tipi		Diğer	
		n	%	n	%	n	%
Baş ağrısı sıklığı	Hergün	3	21,4	15	17,6	7	16,7
	Haftada 1-2	3	21,4	25	29,4	13	31
	Haftada 2-3	1	7,1	9	10,6	8	19
	Haftada 3-4	0	0	7	8,2	5	11,9
	Ayda 1-2	5	35,7	22	25,9	7	16,7
	Ayda 2-3	0	0	4	4,7	1	2,4
	Ayda 3-4	0	0	0	0	0	0
	Yılda 1-2	2	14,3	3	3,5	1	2,4
Toplam		14	100	85	100	42	100

$$X^2=10,80 \quad P=0,546$$

Gebelik döneminde baş ağrısı sıklığının, baş ağrısı tipine dağılımına baktığımızda; Gebelik döneminde migren baş ağrısı yaşayan katılımcıların % 35,7'sinin ayda 1-2, GTB' ye sahip katılımcıların %29,4'ünün haftada 1-2, Diğer tip baş ağrısına sahip katılımcıların %31' inin haftada 1-2 sıklıkla baş ağrısı yaşadıkları görülmüştür. İstatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$)

Tablo.4.4.3. Gebelik Dönemi Baş ağrısı Özelliklerinin, Gebelik Dönemi Baş ağrısı Tiplerine Dağılımı

		Gebelik dönemi baş ağrısı tipi					
		Migren		Gerilim tipi		Diğer	
		n	%	n	%	n	%
Baş ağrısı	Baş-alın-şakak bölgesi zonklayıcı	1	7,1	52	61,2	34	81
özellikleri	Tüm ağrı	2	14,3	0	0	0	0
	Ensededen başa, şakaklara yayılan	3	21,4	8	9,4	3	7,1
	Zonklayıcı+mide bulantısı eşliğinde	1	7,1	2	2,4	0	0
	Yarım ağrı	6	42,9	5	5,9	1	2,4
	Baş dönmesi eşliğinde ağrı	0	0	0	0	2	4,8
	Baş-alın-şakak	1	7,1	18	21,2	2	4,8
	Toplam		14	100	85	100	42

$$X^2=213,52 \quad P=0,00$$

Gebelik döneminde baş ağrısı özelliklerinin, baş ağrısı tipine dağılımına baktığımızda; migren tipi baş ağrısı olan gebelerin %42,9' u yarım ağrı, GTB' ye sahip gebelerin %61,2'si baş-alın-şakak bölgesinde ağrı, diğer tip baş ağrısına sahip gebeler ise %81 oranında Baş-alın-şakak bölgesinde baş ağrısı özelliği tanımlamıştır. Hamilelik dönemi baş ağrısı özelliklerini, baş ağrısı tipleri ile karşılaştırdığımızda anlamlılık değeri 0,000 hesaplanmış, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo.4.4.4.Gebelik Döneminde Baş Ağrısı Tiplerinin Trimesterlere Göre Dağılımı

		Gebelik dönemi baş ağrısı tipi					
		Migren		Gerilim tipi		Diğer	
		n	%	n	%	n	%
Baş ağrısı sıklığında trimesterlere göre değişim	1. trimesterde artış	6	60	38	52,8	21	61,8
	2. trimesterde artış	1	10,0	8	11,1	2	5,9
	3. trimesterde artış	0	0	20	27,8	5	16,7
	1.trimesterde azalma	0	0	3	4,2	3	8,8
	2.trimesterde azalma	3	30	0	0	1	2,9
	3.trimesterde azalma	0	0	3	4,2	2	5,9
Toplam		10	100	72	100	34	100

$$X^2=30,34 \quad p=0,001$$

Katılımcılar baş ağrısı sıklığında trimesterlere göre değişim bakımından incelendiğinde migrenli hastaların %60' ında 1.trimesterde artış olurken, %30' unda 2. Trimesterde azalma olmuştur.

Gerilim tipi baş ağrısı' na sahip olan gebelerde ise %52,8' inde 1. Trimesterde artış olurken, %4,2' sinde 2. trimesterde azalma ve yine %4,2' sinde 3. trimesterde azalma gözlenmiştir.

Diğer tip başağrılarındaki ise %61,8' inde 1. Trimesterde artma olurken, %8,8' inde 1.trimesterde azalma olmuştur. %24,8' inde ise trimesterlerde değişim olmamıştır. Trimesterlerdeki değişim ve başağrısı tipleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0,05$).

Tablo.4.4.5. Gebeliğin Baş Ağrısına Etkisi

	N	%
azaldı	35	24,8
aynı	25	17,7
arttı	81	57,4
Toplam	142	100

Katılımcıların % 24,8' i gebeliğin baş ağrısına azaltıcı bir şekilde etki ettiğini belirtirken, %17,7' si etkisi olmadığını ve %57,4'ü ise gebeliğin baş ağrısını artırdığını belirtmişlerdir.

4.5. Genel İstatistikler

Tablo.4.5. Gebelik Öncesi ve Gebelik Dönemi Baş Ağrılarının Çapraz Tablosu

		GEBELİK DÖNEMİ BAŞ AĞRISI ŞİKAYETİ				TOPLAM	
		VAR		YOK		n	%
		n	%	n	%		
GEBELİK ÖNCESİ BAŞAĞRISI ŞİKAYETİ	VAR	98	92,5	8	7,5	106	100
	YOK	43	18,3	192	81,7	235	100
		141	41,3	200	58,7	341	100

$$X^2=165,64 \quad P=0,00$$

Çapraz tablo incelendiğinde gebelik öncesi baş ağrısı şikayeti olan katılımcıların %92,5'inde, gebelik döneminde de şikayetlerin devam ettiği görülmektedir.

Gebelik öncesi dönemde baş ağrısı şikayeti olmayan katılımcıların ise %18,3'ünün gebelik dönemi baş ağrısı şikayeti ile karşılaştıkları belirlenmiştir.

Gebelik öncesi ve gebelik dönemi baş ağrıları karşılaştırıldığında, istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0,05$).

5.TARTIŞMA

Baş ağrılarının % 90'ı primer tiptir ve bunun çoğunda gerilim tipi baş ağrısı mevcuttur. Ağrı şiddeti, hayat kalitesine etkisi, kişisel ve ülke ekonomisine etkisine bakıldığında, migren, bilinmesi gereken en önemli konudur ki, dünyada yaklaşık 700 milyon migren hastası vardır. Erken ve doğru tanının, iyi bir tedavinin önemi buradan da anlaşılmaktadır (Yücel, 2008)

Doğurganlık çağı ve gebelik döneminde baş ağrısı sık rastlanan bir semptomdur. (Marcus, 2003).

Genel olarak kadınlarda sık görülmesi, bir çok kadında menstrüasyonla ilişkili migrenin olması, hamilelik ile migrenin göreceli olarak hafiflemesi ve doğum kontrol hapı kullanan bazı kadınlarda migren sıklığının değişmesi, kadın seks hormonlarının migren patofizyolojisinde rolü olduğuna açıkça işaret etmektedir (Demirkaya, 2006).

Çalışmamızda gebeliğin baş ağrısı üzerine etkilerinin yanında baş ağrısının gebelik üzerine olan etkileri değerlendirildi.

Çalışma kapsamında gebelerin yaş ortalamasını incelediğimizde 24,85 olarak bulunmuştur. Diğer bir çalışmada ise yaş ortalamalarının $28,23 \pm 7.43$ olduğu saptanmıştır. (Dal, 2002).

Gebelerin çalışma oranlarına bakıldığında ise %94,7 çalışmadığı, %4,7 çalıştığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelerin %70'inin (Dal, 2002), başka bir çalışmada % 67,8' inin çalışmadığı görülmektedir. Bu çalışmalar ülkemizdeki kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğunu göstermektedir. (Sunal ve Demiryay, 2009). Araştırmamız diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırma sonucumuz Türkiye’de kadınların çalışma hayatındaki yerini ortaya çıkarmaktadır.

Gebelerin %42,4 gibi büyük çoğunluğu ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Dal’ın çalışmasında bu oranın %36.0 (Dal, 2002, Sunal ve Demiryay., 2009), 2003 TNSA verilerine göre kadınların %53.7 ilkokul mezunudur. Bizim çalışmamız, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışma sonucumuz aynı zamanda ülkemizdeki kadınların eğitim düzeylerinin düşük olduğunun göstergesidir.

Bilindiği üzere gebelik döneminde ilaç kullanımı teratojen etkisinden dolayı kısıtlıdır. Bizim çalışmamızda gebelikte ilaç dağılımına baktığımızda %42,8 katılımcı ilaç kullanım öyküsü vardır. Bunların %37,5’ inde analjezik kullanımı saptanmıştır. En çok %55 oranında parasetamol kullanımı mevcuttur. Diğer ilaç ve ilaç gruplarının kullanım oranları ise önemli derecede düşüktür

Bizim çalışmamızda hastalarımızın %37,5’inde 1. derece akrabalarında baş ağrısı öyküsü vardı. Diğer baş ağrılarında baş ağrısı ile ilişkili akrabalık öyküsüne rastlanmazken, Dahlöf ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada bu oran %64 olarak tespit edilmiştir (Dahlöf and Linde, 2001; Çakır, 2006). .

Çalışmalarda, 13 yaşından önce kız ve erkek çocuklar arasında migren insidansı açısından fark bulunamamıştır. Pubertenin başlamasıyla kadınlarda insidansın arttığı bildirilmiştir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda migren prevalansının %15’i geçtiği bulunmuştur. Gebelik sırasında kadınların % 75-80’inde nöbetlerin hafiflediği diğerlerinde ise azaldığı saptanmıştır. (Adams and Victor., 2001; Diamond, 1991; Lüleci, 2004).

Bizim çalışmamızda katılımcıların % 31,1’ i gebelik öncesi baş ağrısı şikayetlerinin olduğunu, %68,9’u ise gebelik öncesi dönemde söz konusu şikayetin olmadığını belirtmiştir. Bu baş ağrılarının %15,1’ i migren baş ağrısı olduğu saptanmıştır. Gebelik döneminde ise, katılımcıların % 41,3’ ü gebelik dönemi baş

ağrısı şikayetlerinin olduğunu, %58,7' si ise, gebelik döneminde söz konusu şikayetin olmadığını belirtmiştir. Bunların% 9,7' si migren tipi baş ağrısını oluşturmaktadır. Çalışmamız diğer çalışma ile uyumluluk göstermektedir. Çalışma sonucu gebeliğin migren seyrini değiştirici özelliğini desteklemektedir.

Gerilim tip baş ağrılarının ise toplumda görülme sıklığı %30-40 seviyesindedir. Sıklıkla 20 yaş civarında başlar. Ancak olguların %15 kadarında ağrılar 10 yaşından önce başlamayabilir. Kadınlarda daha sık görülmekle birlikte aradaki fark migrende olduğu kadar çarpıcı değildir (Göksan, 2002). Yaşın ilerlemesiyle her iki yaşta da görülme sıklığı azalmaktadır. Gebelik döneminde ise migrenin tersine çok az değişime uğrar, yaklaşık % 25' i düzelmeye yatkın olduğu görülmüştür (Rasmussen, 1993; Weinberger and Laurensen, 1982; Khuianana, 1986; Marcus et al., 1995).

Bizim çalışmamızda gebelik öncesi GTB %49,1 oranında iken, gebelik döneminde %58,6 bulunmuştur. Bizim çalışmamız diğer çalışma ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni anket yapıldığı dönemde gebelerin hastane ortamında olması, hastanenin bir stresör nedeni olması ve stresin GTB' sını doğrudan etkilemesi ile açıklanabilir.

%92,5'inde, gebelik döneminde de şikayetlerin devam ettiği , gebelik öncesi baş ağrısı şikayeti olmayan katılımcıların ise %18,3'ünün gebelik dönemi baş ağrısı şikayeti ile karşılaştıkları belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada gebeliğin erken döneminde östrojen seviyeleri yükselmesi nedeni ile bazı kadınlar baş ağrısı artışı veya yeni baş ağrısı tanımlamışlardır. Östrojen seviyelerinin stabilize olduğu 2. ve 3. Trimesterde %60- %70 kadın baş ağrılarının azaldığını belirtmiştir (Silberstein, 1997; Maggioni et al., 1997; Stephen and Conner, 2005).

Bizim çalışmamızda migrenli hastaların %60' ında 1.trimesterde artış olurken, %30' unda 2. Trimesterde azalma olmuştur.

Gerilim tipi baş ağrısı' na sahip olan gebelerde ise %52,8' inde 1. Trimesterde artış olurken, %4,2' sinde 2. trimesterde azalma ve yine %4,2' sinde 3. trimesterde azalma gözlenmiştir.

Diğer tip baş ağrılarında ise 61,8' inde 1. Trimesterde artma olurken, %8,8' inde 1.trimesterde azalma olmuştur. Bizim çalışmamız diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada migrenli kadınların %86,3'unde zonklayıcı vasıflı baş ağrısı tespit edilmiştir (Lüleci, 2004).Bizim çalışmamızda gebelik öncesi % 12,6, hamilelik döneminde %14,2 oranında zonklayıcı ağrı tespit edilmiştir. Bunun nedeni migrenli hasta sayımızın az olması ile açıklanabilir.

Gebelik öncesi GTB' ye sahip katılımcıların %61,5' inde baş-alın-şakak bölgesinde zonklama tarzında ağrı tanımlaması olmuştur. Gebelik döneminde % 61,2 oranında görülmüştür. Yapılan çalışmalarda GTB olgularının %17'sinde ağrının zonklayıcı özellikte olduğu görülmüştür (Göksan, 2002). Çalışmamızla uyuşmamasının nedeni bizim çalışmamızın diğer çalışmanın genel populasyon ile yapılırken, bizim çalışmamıza sadece kadın populasyonun alınması ile açıklanabilir.

Amerika'da yapılan 3 farklı çalışmada, migren baş ağrısının tek taraflı yerleşim oranları sırasıyla % 61, % 60 ve % 82 olarak tespit edilmiştir (Lipton et al., 2001, Dahlöf and Linde, 2001, Celentano et al., 1990, Çakır, 2004). Bizim çalışmamızda hamilelik öncesi %43,8, hamilelik dönemi % 42,9 migren baş ağrısında yarım ağrı ile en yüksek oran bulunmuştur.

GTB' de ise gebelik öncesi %9,6, gebelik dönemi %5,9 oranında yarım ağrı tanımlamıştır. Yapılan çalışmalarda %10 olguda tek taraflı lokalizasyonun bulunabildiğini ortaya koymuştur (Göksan, 2002).

Baş ağrısının sıklığı ile ilgili çalışmalara baktığımızda, migrenli hastaların % 51,4'ünde haftada bir kez, % 33 hastada ayda 1-3 kez, % 14 hastada haftada 1-3 kez ağrı görülüyordu (Çakır, 2006). Bizim çalışmamızda hamilelik öncesi migren şikayeti olan gebelerin %50' sinin ayda 1-2 yaşadığı, gebelik döneminde migren baş ağrısı yaşayan katılımcıların % 35,7'sinin ayda 1-2 yaşadığı görülmüştür. Çalışmamız diğer çalışma ile uyumluluk sağlamaktadır. Burada ayrıca gebeliğin migren baş ağrısı sıklığını azalttığı da görülmektedir.

Katılımcıların % 24,8'i hamileliğin baş ağrısına azaltıcı bir şekilde etki edeceğini belirtirken, %17,7'si etkisi olmayacağını ve %57,4'ü ise hamileliğin baş ağrısını artıracığını belirtmişlerdir.

Gebelik sırasında baş ağrısına sahip olan ve olmayan katılımcılar arasında hamileliğin baş ağrısına etkisi konusuna ilişkin düşünceleri bakımından anlamlı bir farklılık vardır kararına varılmıştır.

Gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti olan katılımcılar, hamileliğin baş ağrısını artıracığı konusuna gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti olmayan katılımcılara göre daha olumlu bakmaktadırlar.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde takip edilen gebelere uygulanan çalışmamıza katılan gebelerin %31,1 'inde gebelik öncesinde baş ağrısı şikayeti saptanmıştır.

Gebelik öncesi dönemde baş ağrısı şikayeti olan gebelerin, %92,5'inde gebelik döneminde de devam ettiği görülmüştür. Gebelik öncesi şikayeti olmayan katılımcıların % 18,3' ünün gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti ile karşılaştığı görülmüştür. Gebelik döneminde baş ağrılarının en çok 1.trimester da artış olduğu görülmüştür. Katılımcıları %24,8' i gebeliğin baş ağrısını azalttığını düşünmektedir.

Baş ağrısı toplumda sık görülen bir sağlık sorunudur. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda yüksek insidanda seyretmektedir. Buda gebelik dönemini de etkilemektedir. Bilindiği üzere gebelik döneminde ilaç kullanımını sınırlıdır. Bu nedenle gebeliğin baş ağrısı üzerindeki etkisi ve trimesterlere göre değişiminin bilinmesi, hastaların bu yönde bilinçlendirilmesi önemlidir. Bu konuda koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli rol oynayan biz hemşirelere büyük görevler düşmektedir.

ÖZET

Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Baş ağrılarının Araştırılması

Bu araştırmada gebelik öncesi ve gebelik sırasında yaşanan baş ağrısı özelliklerine ilişkin elde edilen bulguların karşılaştırılması ve ortaya konması amaçlanmıştır. Katılımcıların gebelik öncesi dönemde yaşadıkları baş ağrısı tipi, özellikleri, bir yıl içerisinde ağrıyı yaşama sıklıkları gibi olgular belirlenerek söz konusu olguların gebelik sırasında ne gibi farklılıklara uğradığını belirlemek araştırma için birincil hedeftir.

Bu çalışmaya 01.09.2009-31.02.2010 tarihleri arasında Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi ve AKÜ Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde takip edilen 341 gönüllü gebe hasta alınmıştır. Bu araştırmada gerekli örnek sayısı Moser ve Kalton (1979) tarafından örnek büyüklüğünün tespitinde kullanılması önerilen, formül yardımı ile tespit edilmiştir. Örnek büyüklüğünün Araştırmada verilerin toplanması amacıyla alanda anket yöntemi kullanılmıştır. Veriler, örneklem olarak seçilen katılımcılar ile karşılıklı olarak yazılı anket sorularına cevap alınmak suretiyle elde edilmiştir. Tespitinde, standart hatanın 0.04 ve güven aralığının %95 olduğu kabul edilecektir. Analiz kapsamında, çapraz tablolar ve ki kare testinden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde genel olarak nominal (sınıflayıcı) ölçek kullanılmış ve anket kağıdındaki sorular genel olarak açık uçlu biçimde hazırlanmıştır.

Çalışmamıza katılan gebelerin %31,1 'inde gebelik öncesinde baş ağrısı şikayeti saptanmıştır. Gebelik öncesi 16 migren, 52 gerilim tip baş ağrısı, 38 diğer baş ağrısı şikayeti vardır ve %92,5'inde gebelik döneminde de devam ettiği görülmüştür. Gebelik öncesi şikayeti olmayan katılımcıların % 18,3' ünün gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti ile karşılaştığı görülmüştür.

Gebelik sırasında baş ağrısına sahip olan ve olmayan katılımcılar arasında hamileliğin baş ağrısına etkisi konusuna ilişkin düşünceleri bakımından anlamlı bir farklılık vardır kararına varılmıştır. Gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti olan katılımcılar, hamileliğin baş ağrısını artıracığı konusuna gebelik döneminde baş ağrısı şikayeti olmayan katılımcılara göre daha olumlu bakmaktadırlar.

Anahtar kelimeler: 1.Baş ağrısı 2. Gebelik 3. Migren 4.Gerilim tip baş ağrısı 5.Trimester

SUMMARY

Evaluation of Headache Before and During Pregnancy

In this research , the findings of the characteristics of headache before pregnancy and during pregnancy are intended to compared and introduced . The primary target of research is to determine the differences of participants between before pregnancy and during pregnancy in terms of headache type , characteristics , frequency of the pain.

For this study , 341 voluntary pregnant patients between the dates 01.09.2009-31.02.2010 were included from Afyonkarahisar Zubeyde Hanim Maternity and Child Care Hospital and AKÜ Ahmet Necdet Sezer and Research Hospital of Obstetrics and Gynecology Service. In this study, the required number of samples are determined with the formula of Moser and Kalton (1979) which is proposed to use of the determination of sample size. In the research of sample size, survey method was used to collect the data. While determining the standard error is 0.04 and the confidence interval will assumed to be 95% . Within the scope of the analysis, cross tables and chi-square test are used. In the analysis of the data, the nominal (classifier) the scale is generally used and questionnaire questions were generally prepared in an open-ended questions .

31.1% of the pregnant women who involved in this study were suffering from headaches prior to pregnancy. There are 16 migraine , 52 tension-type headache, there are 38 other complaints of headache before pregnancy and in the 92.5% it was seen to continue during pregnancy. 18.3% of the participants who are not suffering from pre-pregnancy faced with a complaint of headache during pregnancy.

During pregnancy, it is concluded that there are significant differences between participants with and without headache on the subject of headache are in terms of pregnancy. Participants who had suffered from headaches during pregnancy regard the issue more positive than the pregnant women who didn't suffer from headache during pregnancy .

Key words: 1.Headache 2.Pregnancy 3.Migraine 4.Tension Type Headache
5.Trimester

KAYNAKLAR

AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE OF NINDB (1962).
JAMA 179: 127-128

ADAMS RD, VİCTOR M. (2001). Principles of neurology, 7th edition, Mc Graw Hill international editions., Chapter 10.

ALTINTAŞ A. (2005) Gebelik ve Kadında Nörolojik Hastalıklar, Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi No: 42 , sy. 107-113

ANN I. SCHER, MS; WALTER F. STEWART, PhD; JOSHUA LIBERMAN, MHS;
RİCHART B. LİPTON, MD. (1998). Prevalence of frequent Headache in a Population Sample. *Headache* , 38:497-506.

BAHRA A, WALSH M, MENON S, GOADSBY PJ. (2000). Does chronic daily headache arise de novo in association with regular analgesic use. *Cephalalgia* ,20:294.

BARBAS NR, SCHUYLER EA. (2006). Heredity, genes, and headache. *Semin Neurol*, 26:507-514.

BENDTSEN, ASHİNA M, (2000). Sensitization of myofacial pain pathways in Tension type headache. In: OlesenJ, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headache. 2nd ed. Philadelphia: LWW, Williams & Wilkins; 573-577 pp.

BOUSSER MG, RATİNAHİRANA H.(1990) Migraine and pregnancy: a prospective study in 703 women after delivery. *Neurology*, 40:437.

BRİGGS GG, FREEMAN RK, YAFFE SJ. (2002) Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams, and Wilkins;

CELENTANO DD, STEWART WF, LINET MS. (1990). The relationship of headache symptoms with severity and duration of attacks. *J Clin Epidemiology* 1990; 43 (9): 983-994

ÇAKIR A. (2006) Migrende klinik özellikler ve migrenin temel klinik özelliklerinin IQ ile ilişkisi, Uzmanlık tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji kliniği, İstanbul.

DAHLÖF C, LINDE M. (2001) One-year prevalence of migraine in sweden: a populationbased study in adults. *Cephalalgia*; 21, 664-671

- DAL G. (2002). Gebe Kadınların ve Eşlerinin Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmaların İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İzmir.
- DEMİRKAYA M.(2006). Migrenli kadın hastalarda atak sırasında ve ataklar arası dönemde seks hormon düzeyleri (Uzmanlık Tezi), Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul
- DİAMOND S. (1991) Migraine headaches. *Med Clin North America* , 75 (3): 545-65
- DİAMOND S. (2001) A fresh look at migraine therapy. *Postgraduate Medicine* , 109:49-54.
- GÖKSAN B. (2002). Gerim Baş Ağrısı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Baş, Boyun, Bel ağrıları sempozyum dizisi no.30, İstanbul, sy; 69-72
- HEADACHE CLASSİFİCATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (2004). The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia*, 24 (Suppl 1) : 16-151.
- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia*, 8:1-96.
- JENSEN R, OLESEN J, (1996) Initiating mechanisms of experimentally induced tension type headache. *Cephalalgia* , 16:175-182.
- KHUIANANA RK (1986): Headache. In Goldstein PJ (ed), Neurological Disorders of Pregnancy. Mount Kisco, NY, Futura Publishing Co., Inc.
- KIVRAK Y., ÖZEN Ş., YÜCEL Y. (2009) Migren ve gerilim baş ağrısı olan hastalarda anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt/Vol 36, No 3, 173-177
- LİPCHİCK GL, HOLROYD KA, O'DONNELLI FJ, CORDİNGLEY GE, WOLLEN S, LABUS J, DAVIS MK, FENCH DJ (2000) Exksteroeptive supression periods and pericranial muscle tenderness in chronic tension-type headache: effects of psychopathology, chronocity and disability. *Cephalalgia*, 20:638-646.
- LİPTON RB, STEWART WF, DİAMOND S., DİAMOND ML, REED M. (2001) Prevalance and burden of migraine in USA: data from the American Migraine Study II. *Headache* ; 41: 646-57.
- LÜLECİ A. (2004) Maltepe ilçesi doğurganlık çağındaki kadınlara migren prevalansının araştırılması; Uzmanlık Tezi, DR Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniği, İstanbul.
- MAGGİONİ F, ALESSİ C, MAGGİNO T, ZANCHİN G. (1997) Headache during pregnancy. *Cephalalgia*, 17:765-769.

- MARCUS DA. (2008) Managing headache during pregnancy and lactation. *Expert Rev Neurother* 8(3):385-95.
- MARCUS DA. (2003) Headache in pregnancy, *Current Pain and Headache Reports* Volume 7, Number 4; sy.288-296
- MARCUS DA, SCHARFF L, TURK DC. (1995) Nonpharmacological management of migraines in pregnancy. *Psychosom Med* , 57:527–535.
- MORTIMER MJ, KAY J, JARON A. (1992) Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol* , 34: 1095-101.
- OSTERGAARD S, RUSSELL MB, BENDTSEN L, OLESEN J. (1997) Comparison of first degree relatives and spouses of people with chronic tension- type headache. *Br Med J*, 314:1092-1093.
- ÖKTEN S., YILDIZOĞLU İ. (2001). Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları, *Hemşirelik Forumu*, 4: 51-55.
- RASMUSSEN BK. (2001) Epidemiology of headache. *Cephalalgia* , 21:774-7.
- RASMUSSEN BK. (1993) Migraine and tension-type headache in a general population: Precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 53:65-72
- SAKAİ F, EBİHARA S, AKİYAMA M, HORİKAWA M. (1995) Pericranial muscle hardness in tension-type headache: a non-invasiv measurement method and its clinical application. *Brain*, 2:523-531.
- SANDRİNİ G, ANTONACİ F, PUCCİ E. (1994) Comparative study with EMG, pressure algometry and manuel palpation in tension-type headache and migraine. *Cephalalgia* , 14:451-457.
- SAİP S. (2005) Primer Baş Ağrıları, Nörolog Olmayanlar için Nöroloji, Sempozyum Dizisi, yayın no: 42, s.35-62
- SCHOENEN J, JAMART B, GERARD P, LENORDUZZİ P., DELWOİDE J. (1987). Exteroceptive suppression of temporalis muscle activityin chronic headache. *Neurology* ,37:1834-1836.
- SİLBERSTEİN SD, LİPTON RB, SLİWİNSKİ M. (1996) Classification of daily and neardaily headache: a field study of revised IHS criteria. *Neurology* ,47:871-5.
- SİLBERSTEİN SD, CAPOBİANCO DJ, DODİCK DW. (2003) Migraine in special populations. *Neurology* ,60 (Suppl. 2):S.50-57.

- SİLBERSTEİN SD, LİPTON RB, GOADSBY PJ . (1998) Headache in clinical practice. Isis Medical Media, sy. 1–7.
- SİLBERSTEİN SD, LİPTON RB, GOADSBY PJ. (2004) Klinik Uygulamada Baş Ağrısı, Second Edition (Türkçe çeviri: Ertaş M, Akman- Demir G), Yelkovan yayıncılık, İstanbul
- SİLBERSTEİN SD. (1997) Migraine and pregnancy. *Neurol Clin*, 15:209–231.
- SİVA A. (2002) Migren, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Baş, boyun, Bel ağrıları sempozyum dizisi no.32, İstanbul, sy. 39-50
- SÖZEN A. (2004) Kronik günlük baş ağrısında akupunktur tedavisinin sonuçlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Nöroloji ABD., Isparta
- SUNAL N. , DEMİRYAY A. (2009) Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmaları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:4, Sayı:12
- SÜZER Ö. (2005) Hamilelikte İlaç Kullanımı, Süzer Farmakoloji, Klinisyen Tıp Kitap evleri, 3. Baskı, 60. Bölüm, sy. 1-12
- STEPHEN J. CONNER, MD. (2005) What are the best therapies for acute migraine in pregnancy?, *The Journal of Family Practice*, vol 54, no.11, sy. 992-995
- TAŞKIN L. (2000). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, Ankara.
- TOP M. (1998). Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık ihtiyaçlar Üzerine Bir Araştırma, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Enst. Ankara.
- TÜRKİYE NÜFUS ve SAĞLIK ARAŞTIRMASI (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Ankara.
- YILDIRIM A. (2008), Gebelikte ilaç kullanımı, Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya; sy: 41-43
- YÜCEL Y. (2008) Migren Bas Ağrısında Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt: 35, Sayı: 4 , (281-286)
- WATERS WE, O'CONNOR PJ (1971): Epidemiology of headache and migraine in women. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 34:148-153.
- WEINBERGER J, LAURENSEN NH (1982) Vascular headache in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 143:842-843

WELCH KM, GOADSBY PJ. (2002) Chronic Daily Headache: Classification and pathophysiology. *Current Opinion in Neurology* ; 15:287-295.

ZARİFOĞLU M. (2002) Gerilim tipi baş ağrıları. In: Oğul E. Klinik nöroloji. Nobel & Güneş s. 121-2

EKLER

Ek-1.

GEBELİK ÖNCESİ VE GEBELİK DÖNEMİNDE BAŞ AĞRISI ÖZELLİKLERİ

ADI SOYADI:

TARİH:

YAŞ:

TEL:

ADRES:

EĞİTİM DÜZEYİ:

MESLEK:

EŞLİK EDEN HASTALIKLAR:

KULLANDIĞI İLAÇLAR:

AİLE ÖYKÜSÜ:

GEBELİK HAFTASI:

HAMİLELİK ÖNCESİ

BAŞ AĞRISI TİPİ:

BAŞ AĞRISI SIKLIĞI:

BAŞ AĞRISI ÖZELLİKLERİ:

GEBELİK DÖNEMİ

BAŞ AĞRISI TİPİNDEKİ DEĞİŞİM:

BAŞ AĞRISI SIKLIĞI:

BAŞ AĞRISI SIKLIĞINDA TRİMESTERLERE GÖRE DEĞİŞİM:

GEBELİKTE KULLANILAN İLAÇLAR:

BAŞ AĞRISI ÖZELLİKLERİ:

HAMİLELİĞİN BAŞ AĞRISINDA ETKİSİ: VAR:

YOK:

AÇIKLAMA:

BAŞ AĞRISININ HAMİLELİK ÜZERİNE ETKİSİ: VAR:

YOK:

AÇIKLAMA:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : DENİZ, AYŞE ÖZGE
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 13.12.1984 AFYON
Telefon : 0536 266 3110
e-mail : aozgedeniz@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2007
Lise	Afyon Kocatepe Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2009-Halen	Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Hobiler

Yüzme, Tenis oynamak