

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI OLAN
HASTALARDA SF-36 ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. İbrahim ÜNSAL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Tahir Kurtuluş YOLDAŞ
Yrd. Doç. Dr. Abdurrahman SÖNMEZLER

Bu tez, Harran Üniversitesi Araştırma Fon Saymanlığı tarafından proje numarası ile desteklenmiştir.

ŞANLIURFA
2012

TEŞEKKÜR

Harran Üniversitesi Tıp Fakóltesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince ve yaptığım çalışmalarım da her zaman destek ve katkılarını esirgemeyen, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. M. Yaşar ÖZKUL'a, tez hocalarım Prof. Dr. Tahir Kurtuluş YOLDAŞ ve Anabilim Dalı Başkanımız Yrd. Doç. Dr. Abdurrahman SÖNMEZLER'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Asistanlık eğitimim süresince özellikle elektrofizyoloji konusunda desteğini ve sabrını esirgemeyen değerli arkadaşım Fatih ÖZMODANLI'ya ve asistan arkadaşlarım Dr. Ahmet Candan KÖYLÜOĞLU, Dr. Mehmet KARCI, Dr. Serkan TOPÇU, Dr. Sait ÇİFTÇİ ve Dr. Sedat YAŞİN'e teşekkür ederim.

Hayatım boyunca benden sevgi ve desteklerini esirgemeyen eşim, çocuklarım ve varlık sebebim annem ve babama teşekkür ederim.

Dr. İbrahim ÜNSAL

İÇİNDEKİLER	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iii
GRAFİKLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v-vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Baş Ağrısı	2
2.1.1. Baş Ağrısının Sınıflandırılması	3
2.1.2. Baş Ağrısı Tanı Kriterleri	4
2.1.3. Migren	14
2.1.3.1. Migrenin Patofizyolojisi	14
2.1.3.2. Migrenin Kliniği	16
2.1.3.3. Migrenin Tedavisi	19
2.1.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı	23
2.1.4.1. GTBA Patofizyolojisi	23
2.1.4.2. GTBA Kliniği	23
2.1.4.3. GTBA Tedavisi	24
2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı	24
3. MATERYAL VE METOD	27
3.1. Kısa Form-36	28
3.2. Verilerin Analizi	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	36
6. KAYNAKLAR	42

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Migren atak tedavisinde sık kullanılan migrene spesifik olmayan ilaçlar.

Tablo 2: Migren atak tedavisinde sık kullanılan migrene spesifik ilaçlar.

Tablo 3: Migren proflaksisinde ilaç seçimi.

Tablo 4: SF-36 yaşam kalitesi boyutları.

Tablo 5: Grupların yaş ve cinsiyet özellikleri.

Tablo 6: Grupların Fiziksel Fonksiyonellik puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 7: Grupların Fiziksel Rol puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 8: Grupların Emosyonel Rol puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 9: Grupların Canlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 10: Grupların Mental Sağlık puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 11: Grupların Sosyal Fonksiyonellik puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 12: Grupların Bedensel Ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Tablo 13: Grupların Genel Sağlık puan ortalamalarının karşılaştırılması.

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Yaşam kalitesi alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı.

KISALTMALAR

AHM	: Ailesel Hemiplejik Migren
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BA	: Bedensel Ağrı
CA	: Canlılık
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
ER	: Emosyonel Rol
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
FF	: Fiziksel Fonksiyonellik
FR	: Fiziksel Rol
GTBA	: Gerilim Tipi Baş Ağrısı
GIS	: Gastrointestinal Sistem
GS	: Genel Sağlık
IHS	: Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society)
ICHD	: Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması (International Classification of Headache Disorders)
IV	: İntravenöz
MÖ	: Milattan Önce
MS	: Milattan Sonra
MSEP	: Minor Semptom Değerlendirme Ölçeği (Minor Symptoms Evaluation)
MSQoL	: Migrene Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Migraine Specific Quality of Life)

MS	: Mental Sağlık
NSAI	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
PAQLQ	: Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire)
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography
SİYK	: Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Reuptake İnhibitörü
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
SF-36	: Kısa Form-36 (Short Form-36)
SIP	: Hastalık Etki Profili (Sickness İmpact Profile)
SF	: Sosyal Fonksiyonellik
SS	: Standart Sapma
TNC	: Trigeminal Nucleus Caudalis
VAS	: Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale)
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organisation Quality of Life Questionnaire)
yy	: Yüz yıl
5-HİAA	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit
5-HT	: Serotonin

ÖZET

MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI OLAN HASTALARDA SF-36 ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İbrahim ÜNSAL

Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi

Amaç: Migren ve gerilim baş ağrısı (GTBA), sık görülen kronik klinik tablolardır. Bu çalışmanın amacı migren ve GTBA'nın sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine baş ağrısı nedeniyle başvuran 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Migren ve GTBA tanısı için Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2004 kriterleri ve klinik değerlendirme kullanıldı. Grupların her üçü de (migren, GTBA ve kontrol) 30 katılımcıdan oluşmaktaydı. Katılımcıların sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin değerlendirmesi için Kısa Form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

Bulgular: Kontrol grubu 15 erkek 15 kadından oluşmaktaydı, grubun yaş ortalaması $33,30 \pm (8,29)$ idi. Migren grubu 20 kadın ve 10 erkekten oluşmaktaydı ve grubun yaş ortalaması $33,93 \pm (11,16)$ idi. GTBA grubu ise 22 kadın ve 8 erkekten oluşmaktaydı, grubun yaş ortalaması $35,70 \pm (11,62)$ idi.

Hem migren hem GTBA grupları, SF-36'nın tüm boyutlarında, kontrol grubuna göre daha düşük puanlara sahipti. Migren grubu ile GTBA grubunun Genel sağlık, Bedensel ağrı, Mental sağlık, Canlılık ve Emosyonel rol boyutlarındaki puanları benzerdi ($p > 0,05$). Ancak Fiziksel fonksiyonellik, Fiziksel rol ve Sosyal fonksiyonellik boyutlarında ise migrenlilerin puanları GTBA'lılardan anlamlı derecede daha düşüktü ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışma migren ve GTBA'nın, sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, yaşam kalitesini bozan önemli sağlık sorunları olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, migren, GTBA, yaşam kalitesi, SF-36

ABSTRACT

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MIGRAINE AND TENSION-TYPE HEADACHE BY SF-36 QUESTIONNAIRE

Dr. İbrahim ÜNSAL

Department of Neurology, Master Thesis

Objective: Migraine and tension type headache (TTH) are common chronic clinical entities. This study is aimed to evaluate the impacts of the migraine and TTH on health related quality of life (HRQoL).

Methods: Ninety patients were included in the study who referred for headache to Neurology Clinic of Faculty of Medicine of Harran University. International Headache Society (IHS) 2004 criteria and clinical impression were used for migraine and TTH diagnosis. All three groups (migraine, TTH and control) consisted of 30 participants. Short Form-36 (SF-36) quality of life questionnaire applied participants to evaluate the health related quality of life.

Results: Control group consisted of 15 men and 15 women, the average age of the group was $33,30\pm(8,29)$. Migraine group consisted of 10 men and 20 women, the average age of the group was $33,93\pm(11,16)$. TTH group consisted of 8 men and 22 women, the average age of the group was $35,70\pm(11,62)$.

Both migraine and TTH groups, in all dimensions of SF-36, had lower scores than the control group. Migraine and TTH groups had similar scores in General health, Bodily pain, Mental health, Vitality and Role-emotional subscales ($p>0,05$). But migraineurs had significantly lower scores in Physical functioning, Role-physical and Social functioning than patients with TTH ($p<0,05$).

Conclusion: This study shows that migraine and TTH, are important health problems which decrease the quality of life when compared with healthy control groups.

Keywords: Headache, migraine, TTH, quality of life, SF-36

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Baş ağrısı, insanların %90'dan fazlasını yaşamları boyunca en az bir kez rahatsız eden yaygın bir sağlık sorunudur (1). Nöroloji pratiğinde de oldukça sık karşılaşılan baş ağrısı; sık görülmesi, işgücü/okul günü kaybına neden olması, bireysel ve toplumsal ekonomik kayıplara yol açması ve kişilerin yaşam kalitesini etkilemesi gibi nedenlerle sosyoekonomik açıdan da önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Özellikle migren ve gerilim tipi baş ağrısı (GTBA); baş ağrıları içinde en sık görülen iki klinik antitedir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), migreni en fazla kısıtlılık oluşturan hastalıklar arasında sayar (1). GTBA ise en sık görülen birincil baş ağrısı olup, migren gibi, patogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Ülkemizde migren prevalansı %16,4 iken GTBA için bu rakam %31,7 olarak saptanmıştır (4). Üstelik migren ve GTBA'nın tıbbi yardım alma, işgücü/okul günü kaybı, yaşam kalitesinde düşüş ve tüm bu bireysel ve toplumsal kayıplar neticesinde daha fazla tıbbi yardıma ihtiyaç duyma gibi zincirleme bir döngüye yol açtığı düşünülürse durumun bir halk sağlığı sorunu olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Son yıllarda ülkemizde yapılan sınırlı sayıda çalışmada, migren ve GTBA başta olmak üzere, baş ağrılarının bireysel ve toplumsal yükü incelenirken doğrudan ve dolaylı etkiler açısından ciddi sonuçlara ulaşılmıştır. Bireysel ve toplumsal ekonomik yük, işgücü/okul günü kaybı, üretkenlik kaybı ve yaşam kalitesinde düşüş gibi kavramların öne çıktığı bu incelemelerle tahminlerin ötesinde bir sorunla karşı karşıya kaldığımızı anlıyoruz (2). Yaşam kalitesi, özellikle migren ve GTBA gibi kısıtlılık oluşturan, kronik ve sık görülen hastalıklarda değerlendirilmesi gereken önemli bir kavramdır. Migren ve GTBA'ya yönelik bu farkındalığın derinleşmesi ve rasyonel çözüm aşamasına ışık tutabilmesi için biz de yaşam kalitesi parametresine yönelik lokal veri sağlayarak bu yöndeki ulusal literatüre katkı sunmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Baş Ağrısı

Baş ağrısı; özellikle başın üst kısmındaki ağrıya duyarlı yapılardan kaynaklanan, bazen de boyun ve yüzden yansıyan hoş olmayan duyumsamayı ifade eder (3). Genel tıp uygulamalarında da nöroloji pratiğinde de baş ağrısı, en sık karşılaşılan şikâyettir.

Tarih öncesi dönemlere ait papirüsler ve tabletlerdeki tarifler, kafa kemiklerinde saptanan trepanasyon bulguları, baş ağrısının çok eski zamanlardan beri insanları rahatsız ve meşgul eden önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Milattan önce (M.Ö.) 400 yıllarında Hipokrat, hastaların baş ağrısından önce aura benzeri şikâyetlerini tarif etmiş ve kusmayı takiben bir rahatlama evresinden bahsetmiştir (5). Milattan sonra (M.S.) 2. yüzyılda Aretaeus, tek taraflı baş ağrısı ile beraber bulantıya yol açan ve ağrısız dönemleri olan bir hastalık tanımlamış ve bu tanımlamayla migrenin kâşifi olarak kabul edilmiştir (6). İlk kez M.S. 200'lerde Galen tarafından kullanılan "hemicrania" kavramı zamanla evrimleşerek Fransızca kökenli "migraine" kelimesinde kullanım birliğine varılmıştır (7).

18. yüzyıl ikinci yarısında Fothergill, "fortifikasyon spektrumu" kavramıyla migrenin klasik görsel aurasını tarif etmiştir. 20. Yüzyıl başlarında ergotaminlerin kullanıma girmesini sağlayan, Rothlin olmuştur. Yine aynı dönemde Wolff ve Graham vasküler teoriyi öne sürerken 1944'te Leao, (cortical spreading depression) kortikal yayılan depresyondan ve nöral teoriden söz etmiştir (1).

Bu hızlı ve önemli gelişmeler, ortak bir terminoloji ihtiyacını doğurmuş ve baş ağrılarının ilk modern sınıflaması 1962'deki Ad-Hoc Komitesi'nce yapılmıştır. Gelişen nörobilimler ışığında, bu sınıflamadaki yetersizlikler, 1988 yılında Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) tarafından yenilenen sınıflama ile kısmen giderilmiştir. Son olarak yine IHS tarafından 2004'te gözden geçirilerek bazı yeni tanımlanan baş ağrılarının da dâhil edilmesiyle şu anki halini alan baş ağrısı sınıflaması ve tanı kriterleri, günümüz modern nörologlarının ve tüm diğer hekimlerin kullanımına sunulmuştur (4).

2.1.1 Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

Baş ağrılarının tanısında pek çok güçlükler mevcuttur. Klinik sınırların çok net olmaması, aynı hastada farklı baş ağrısı tiplerinin bulunabilmesi, laboratuvar ve radyolojik belirteçlerin nonspesifik olması ve patolojik süreçlerinin kesin olarak açıklanamaması gibi nedenlerle birincil baş ağrıları, tüm baş ağrıları içinde ayrı bir yere sahiptir.

Normal muayene, laboratuvar ve radyolojik incelemelerin varlığında hastaların verdiği anamnezin güvenilirliği daha da önem kazanır. Belirlenen tanı kriterleri bile hastaların öyküsü ile anlamlı hale gelmektedir (4).

Son olarak 2004'te gözden geçirilerek son halini alan IHS sınıflamasına göre baş ağrıları 3 ana başlıkta ve 14 alt kategoride bir araya getirilmiştir (8,9). Uluslararası baş ağrısı sınıflandırması [International Classification of Headache Disorders-ICHD-II] (2004) şöyledir:

A. Birincil Baş Ağrıları

1. Migren

1.1. Aurasız Migren

1.2. Auralı Migren

1.2.1 Özgün Auralı Migren

1.2.2 Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş ağrısı

1.2.3 Baş ağrısız Özgün Aura

1.2.4 Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)

1.2.5 Sporadik Hemiplejik Migren

1.2.6 Baziler Migren

1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları

1.3.1 Tekrarlayıcı Kusma

1.3.2 Abdominal Migren

1.3.3 Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

1.4. Retinal migren

1.5. Migren komplikasyonları

1.5.1 Süregen Migren

1.5.2 Migren Statusu

1.5.3 İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

1.5.4 Migrene Bağlı İnfarktlar

1.5.5 Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler

1.6. Olası migren

1.6.1 Olası Aurasız Migren

1.6.2 Olası Auralı Migren

1.6.3 Olası Süregen Migren

2. GTBA

2.1. Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.1.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.1.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.2. Sık Epizodik GTBA

2.2.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Epizodik GTBA

2.2.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Epizodik GTBA

2.3. Süregen GTBA

2.3.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Süregen GTBA

2.3.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Süregen GTBA

2.4. Olası GTBA

2.4.1 Olası Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.4.2 Olası Sık Olan Epizodik GTBA

2.4.3 Olası Süregen GTBA

3. Küme ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

4. Diğer Birincil Baş Ağrıları

B. İkincil Baş Ağrıları

C. Kraniyal Nevraljiler, Santral ve Birincil Fasiyal Ağrı ve Diğer Baş Ağrıları

2.1.2 Baş Ağrılarının Tanı Kriterleri

2.1.2.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks): 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.

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

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

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

1. Tek taraflı
2. Zonklayıcı özellikte
3. Orta ya da ağır şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme (yürümek, merdiven çıkmak gibi)

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

1. Bulantı ve /veya kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.1.2.2 Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren): Geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin, 5-20 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürdüğü, tekrarlayıcı ataklarla karakterize baş ağrısı hastalığıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

A. B kriterlerini dolduran en az 2 atak olmalı

B. Aşağıdaki 4 özellikten en az 3 tanesi olmalı:

1. Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü 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 1 aura belirtisi ya da 2 veya daha fazla sayıda birbiri ardısıra 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

2.1.2.3 Özgün Auralı Migren: Özgün aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

A. B-D kriterlerini tamamen dolduran en az 2 atak olmalı

B. Kaşgücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birisini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınçalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşğıdakilerden en az 2 tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duyuşal belirtiler

2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/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 kriterlerini taşıyan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.1.2.4. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş ağrısı: Özgün aura, görsel ve/veya duyuşal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı kriterlerini taşımaz.

A. B-D kriterlerini tamamen dolduran en az 2 atak olmalı

B. Kasgücü kaybı olmaksızın aura aşğıdaki özelliklerden en az birisini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınçalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşğıdakilerden en az 2 tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duyuşal belirtiler

2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/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 kriterlerini taşımayan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.1.2.5. Baş Ağrısız Özgün Aura: 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.

2.1.2.6. AHM: 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, beyin omurilik sıvısında (BOS) pleositoz bulunabilir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir. %50'sinde süregen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir. AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir.

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 duyuşsal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az 2'si:

1. En az bir aura belirtisinin 5 dakika veya daha uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin 5 dakika veya daha uzun sürede gelişmesi
 2. Her bir aura belirtisi 5 dakikadan 24 saate kadar sonlanır
 3. Aurasız migren kriterlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında veya auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması
- D.** 1. veya 2. derece yakınlarında en az bir tane A-E kriterlerine uyan birinin bulunması
- E.** Başka bir hastalıkla ilişkili olmaması

2.1.2.7. Sporadik Hemiplejik Migren: Hastada kas gücü kaybı ile birlikte olan auralı migren atağı görülürken birinci derece ya da ikinci derece akrabalarında kas gücü kaybıyla giden auralı migren öyküsü bulunmamalıdır.

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 pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınçalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşsal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşğıdakilerden en az 2'si:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/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 kriterlerini taşıyan baş ağrısı

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

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.1.2.8. Baziler-Tip Migren (Baziler Arter Migreni): Baziler migren diyebilmek için, motor zaaf olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini (dizartri, vertigo, tinnitus, isitme kaybı, diplopi, her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler, ataksi, bilinç düzeyinde bozulma, eş zamanlı iki yanlı paresteziler) içeren migren atağı olmalıdır.

A. B-D' yi karşılayan en az 2 atak

B. Kaşgücü kaybı olmaksızın aura aşğıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az 2 tanesini içermeli:

1. Dizartri

2. Vertigo

3. Tinnitus

4. İşitme kaybı

5. Diplopi

6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren 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 ve/veya 5 dakika veya daha fazla sürede art arda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.1.2.9. Tekrarlayıcı Kusmalar: Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Bu ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve yorgunluk vardır. Ataklar arasında çocuk normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir gastrointestinal sistem (GIS) hastalığı yoktur.

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.

2.1.2.10. Abdominal Migren: 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.

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. İŐtahsızlık,

2. Bulantı,

3. Kusma,

4. Solukluk.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.1.2.11. Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi: Kısa süreli baş dönmesi atakları olur. Uyarıcı belirtiler yoktur. Kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile birlikte ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir.

A. B-D'yi karşılayan en az 5 atak

B. Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları

C. Nörolojik muayene, odiyometrik testler ve vestibuler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir

D. Elektroensefalogram (EEG) normaldir.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.1.2.12. Retinal Migren: Tekrarlayan ataklar Şeklinde monooküler görsel bozukluk (skotom, körlük) ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

A. B-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 doğrulanana),

C. Aurasız migren kriterlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dakika içinde başlaması,

D. Normal oftalmolojik muayene,

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.1.2.13. Sürege Migren: İlaç aşırı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla olan migren baş ağrısıdır. Son 3 ay için ayda 15 gün ve daha fazla süre için aurasız migren kriterlerinden C ve D'nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması tanı kriterleridir.

2.1.2.14. Migren Statusu: 72 saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olması

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

B. Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi

2. Ağır şiddette olması

C. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.1.2.15. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura: 1 haftadan uzun süren aura belirtileri vardır.

2.1.2.16. Migrene Bağlı İnfarkt: Bir yada 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.

2.1.2.17. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet: Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonrasındaki 1 saat içinde nöbet vardır.

2.1.2.18 Olası Migren (Migrenöz Bozukluk): Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı kriterlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

2.1.2.19. Olası Aurasız Migren:

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

2.1.2.20. Olası Auralı Migren:

- A.** Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı kriterlerinin biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.1.2.21. Sık Olmayan Epizodik GTBA: Dakikalar-günler süren baş ağrısı atakları vardır. Ağrı iki taraflı, basınç ya da sıkıştırıcı vasıflı ve hafif-orta şiddetlidir. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenmez. Bulantı yoktur. Fotofobi ya da fonofobi olabilir. GTBA en sık görülen baş ağrısı tipidir. GTBA gerek sıklık, gerekse şiddet bakımından çok değişkenlik göstererek; nadir ve kısa baş ağrısı ataklarından, sık ve genellikle sürekli olan kısıtlayıcı baş ağrılarına kadar her şekilde karşımıza çıkabilir.

- A.** B-D'yi tam karşılayan ayda 1 günden az (<12 gün/yıl) olan en az 10 atak
- B.** Baş ağrısı 30 dk-7 günde sonlanacak
- C.** Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:
 - 1.** İki taraflı yerleşim
 - 2.** Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
 - 3.** Hafif-orta şiddetli
 - 4.** Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmez
- D.** Aşağıdakilerden 2'sinin olması:
 - 1.** Bulantı ya da kusmanın olmaması
 - 2.** Fotofobi ya da fonofobinin birden fazlasının olmaması
- E.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.1.2.22. Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan Epizodik GTBA:

- A. Sık olmayan epizodik GTBA için A-E kriterlerinin olması
- B. Manuel olarak muayenede perikranial hassasiyetin olması

2.1.2.23. Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan Epizodik GTBA:

- A. Sık olmayan epizodik GTBA için A-E kriterlerinin olması
- B. Manuel olarak muayenede perikranial hassasiyetin olmaması

2.1.2.24. Sık Epizodik GTBA:

A. ≥ 1 ve < 15 gün/ay en az 10 baş ağrısı atağı, en az 3 ay boyunca (≥ 12 ve < 180 gün/yıl) olmalıdır ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı 30 dk-7 günde sonlanır.

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması:

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması
2. Fotofobi ya da fonofobinin birden fazlasının olmaması

E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.1.2.25. Sürengen GTBA:

A. Son 3 ayda ayda ≥ 15 gün baş ağrısı atağı olması (≥ 180 gün/yıl) ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı saatler içinde sonlanır ya da süreğendir.

C. Aşağıdakilerden en az 2'sinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması:

1. Hafif bulantı ya da fotofobi ya da fonofobiden bir tanesi
2. Orta ya da ağır bulantı ya da kusma

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.1.2.26. Olası GTBA:

A. Sık olmayan veya sık epizodik GTBA'nın, süregen GTBA'nın A-D tanı kriterlerinin biri dışında hepsini karşılayan baş ağrısı atakları

B. Aurasız migren için tanı kriterlerini tam doldurmayan ataklar

2.1.3 .Migren

2.1.3.1 Migrenin Patofizyolojisi

Migrenin patofizyolojisi, farmakolojisi, epidemiyolojisi ve genetiğine ilişkin büyük gelişmelere rağmen bugüne dek öne sürülen hiçbir teori migrenin tüm evrelerini açıklayamamıştır (3).

17. yy'da Willis migrenin vasküler kökenli olabileceğini öne sürmüştü de nörojenik teorileri tümüyle dışlayamamış ve bu tartışma günümüze değin süregelmiştir (10).

Günümüzde daha fazla kendini kabul ettiren yaklaşıma göre, atakların başlangıcının beyin aşırı duyarlılığı veya bir başka deyişle uyarılma eşiğinde düşme ile ilişkili olabileceği ve muhtemelen beyin sapındaki bazı yapıların bu süreci başlattığı öne sürülmektedir. Beyin sapı yapılarının ataklarla ilgili bir jeneratör görevi üstlendiğine dair PET (Positron Emission Tomography) ve fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) bulgularına ulaşılmıştır (1,11).

Locus ceruleus ve raphe çekirdekleri beyin kan akımının regülasyonunu sağlarken, kortikal eksitabiliteyi de etkileyebilmekte ve endojen ağrı mekanizmalarını kontrol etmektedir. Bu yapıların da etkisi ile trigeminovasküler sistemin bir şekilde ağrı mekanizmasında etkin rol oynadığı düşünülmektedir (4). Migrenin temelinde de bu aşırı uyarılabilir serebral korteks vardır. Aşırı duyarlılığı açıklayan çeşitli patofizyolojik kuramlardan en önemlileri: mitokondrial defekt, magnezyum eksikliği ve iyon kanal anomalileridir (1).

Leao 1944'te kortikal yayılan depresyon teorisi ile korteks boyunca yayılan nöronal inhibisyon dalgasından bahsetmiştir. Bu depresyon, oligemi dalgasına eşlik eder ve her iki olay da skotom oluşumuna karşılık gelir (12). Migren aurasını en iyi açıklayan kortikal yayılan depresyon olsa da bu durumu sadece iskemi ile izah etmek mümkün görünmemektedir.

DeneySEL ve klinik kanıtlar üç temel mekanizma üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu mekanizmalar: ekstrakraniyal vazodilatasyon, ekstrakraniyal nörojenik inflamasyon ve santral ağrı yollarındaki azalmış inhibisyonudur (1,13).

Bir çok çalışma; uzun yıllardır kabul gören, "aura döneminde serebral vazokonstriksiyon geliştiği ve baş ağrısı döneminde serebral kanlanmanın arttığı" kuramını desteklemektedir. Ancak vazokonstriksiyon-vazodilatasyon modelinin, aura ve baş ağrısı dönemlerini tam olarak karşılamadığı; fMRI, PET ve SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) gibi yeni tekniklerle gösterilmiştir (1,11,12).

Periakvaduktal gri maddedeki P/Q tipi kalsiyum kanallarının blokajı ile TNC (Trigeminal Nucleus Caudalis)'de aktivasyon meydana gelmektedir. İlâveten kortikal yayılan depresyon ile trigeminal vasküler nosiseptörler direkt olarak da uyarılabilmektedir (1,3,4). Bu durum, kortikal ve beyin sapına ait patolojilerin nasıl trigeminal aktivasyon yaptığını açıklayabilir. Trigeminal vasküler nosiseptörlerden salınan nöropeptidler yoluyla ortaya çıkan steril nörojenik inflamasyon da TNC'yi uyarmaktadır.

Serotonin'in, migrenin nörovasküler etkileşimindeki rolü hala net olarak anlaşılamamıştır. Büyük damarlarda vazokonstriksiyon, arteriollerde ise vazodilatasyon yapması ve migren atakları sırasında üriner metaboliti olan 5-HIAA (5-Hidroksi İndol Asetik Asit)'in atılımında artış olması gibi pek çok nedenle Serotonin'in migren patogenezinde etkin bir mediatör olduğuna dair önemli kanıtlar mevcuttur. 5-HT-1B/D reseptörlerini seçici olarak etkileyen Sumatriptan'ın keşfi de bu kanaatin bir sonucu ve ispatı olmuştur (1).

Eskiden beri var olan migrenin kalıtsal yönünün olduğu düşüncesi, özellikle son zamanlardaki ikiz çalışmaları ile desteklenmiştir (14). Bu yönde önemli mesafeler katedilmiş ve tipik bir migren formu olan Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)'in, kalsiyum kanalı (CACNA1A), Na/K-ATPaz pompası (ATP1A2) ve sodyum kanalı (SCN1A) ile ilgili mutasyonlar neticesinde, otozomal dominant kalıtıldığı ispatlanmıştır (15). Genetik çalışmalar, migrenin kalıtsal yönünün Mendelyan patern ile izah edilemeyecek kadar komplike olduğunu göstermiştir. Bu nedenle son çalışmalar, migren fenotipiyle genetik bağlantı analizleri üzerinde yoğunlaşmıştır (1,3,4,14,16).

Özetle; genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel, biyolojik ve psikolojik faktörlerle tetiklenen migren ataklarından, düşük serebral uyarılabilirlik eşiği sorumlu tutulmaktadır. Beyin sapı nörovasküler mekanizmalarının aracılık ettiği atakların, bu eşiğin giderek yükselmesi ile sonlanacağı ileri sürülmektedir.

Tüm bu karmaşık modeller, çeşitli zorluklar sebebiyle şimdilik migrenin tüm evrelerinin patogenezi tam olarak açıklamaktan uzaktır. Ancak genetik çalışmalar ve ileri görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler ümit vericidir.

2.1.3 .2. Migrenin Kliniği

Migren, sık görülen, ailesel yönü olan, daha çok ergenlik ve genç yetişkinlik çağlarında ortaya çıkan, yaşla ve gebelikte azalan, periyodik, genellikle 4 ile 24 saat süren tek taraflı zonklayıcı baş ağrısı ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanabilir (1).

Nöroloji polikliniklerine baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların 1/4'ündeki nihai tanının migren olduğu gösterilmiştir. Migren prevalansı erkeklerde %8 iken bu oran kadınlarda %20 civarındadır (4). Migrenlilerde taşıt tutması öyküsü ve ailede migren öyküsü (özellikle auralı migrenlilerde) anlamlı derecede sık görülür (17).

Migren baş ağrısı, orta veya ağır şiddette olup kişinin günlük yaşamında engellilik oluşturur, yaşam kalitesini olumsuz etkiler (6,18). Baş ağrısı daha çok sabah saatlerinde ve günün ilerleyen saatlerinde ortaya çıkar. Tek yanlı pulsatil ağrı, ataktan atağa hatta aynı atakta dahi taraf değiştirebilir, künt vasıf kazanabilir (1,5).

Baş ağrısına genellikle bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi eşlik eden semptomlar vardır. Baş hareketleri ve egzersizle kötüleşmesi nedeniyle şiddetli ağrılarda hasta, sessiz ve loş bir odada istirahat ederek rahatlamaya çalışır (1,3,4).

Migren ataklarını tetikleyen faktörlerin belirlenmesi hem tanı açısından hem de koruyucu tedaviler açısından önem arz eder. Migrene özgü olmayan tetikleyici faktörler arasında yetersiz veya fazla uyku, açlık, stres, yorgunluk, menstruasyon, bazı ilaçlar (nitrogliserin, sildenafil, dipiridamol gibi) sayılabilir. Migrene daha spesifik olanlarsa: bazı fiziksel uyarılar (ışık, ses, koku, rüzgar, sigara), ve özel bazı gıdalar (en fazla çikolata olmak üzere, peynir, turunçgiller, kırmızı şarap gibi mayalı ve alkollü içkiler, monosodyum glutamat, nitrat ve aspartat içeren gıdalar) olarak öne çıkmaktadır (1,3,5).

İki temel form olan aurasız ve auralı migrenin görülme oranı 5:1'dir. En çok görsel aura tariflenmekle beraber motor belirtiler, konuşma ve dengeye dair bozukluklar da görülebilmektedir (4).

Kapsamlı klinik gözlemler ve tanımlamalara rağmen, migrenin spesifik bir laboratuvar veya görüntüleme bulgusu yoktur. Diğer bir deyişle migren tanısında iyi alınmış bir anamnez, tüm incelemelerden daha anlamlıdır. Bu ek incelemeler, olası ikincil baş ağrılarının etyolojilerini dışlamak amacıyla kullanılmaktadır (8,11,19).

Sessiz serebral infarktlarla migren birlikteliğini ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur. Özellikle auralı migreni olan genç kadınlarda 6 kata kadar artmış iskemi riski nedeniyle, hastalar sigara ve oral kontrasepsiyon gibi ek predispozan faktörler konusunda uyarılmalıdır (20,21,22).

Migrenin, ataklar ve bu ataklar arasındaki normal sayılan dönemleri içeren süregelen bir döngüsü vardır. Atakların getirdiği yüke ilaveten bu normal sayılan dönemlerde de, atağın ne zaman geleceğine dair beklentisel gerginlik ve tetikleyicilerden kaçınmanın getirdiği kısıtlılık sonucu, hastaların yaşam kalitesi önemli derecede etkilenmektedir (23,24).

Migren atakları, sadece baş ağrısından oluşmaz. Baş ağrısından önce bir prodrom dönemi, varsa aura dönemi, takiben ağrı dönemi ve son olarak da postdrom dönemi olmak üzere genel olarak dört evre tanımlanabilir (1,4). Bu evreler, kişiden kişiye ve ataktan atağa farklılıklar gösterebilir.

- **Prodrom Dönemi:** Yaklaşık %15-70 hastada baş ağrısı öncesindeki saatler/günler içinde duygusal, bilişsel ve otonomik semptomlar gözlemlendiği öne sürülmektedir. Bu dönemde depresif duygudurum, aşırı duyarlılık, öfori, durgunluk, konsantrasyon ve dikkatte azalma, kelime bulmada güçlük, artmış koku hassasiyeti, esneme, halsizlik, tatlı yeme isteği, iştahta artma/azalma, şişkinlik hissi, kabızlık veya ishal görülebilir.

Bu belirtilerin santral sinir sistemindeki karşılıkları olan hipotalamus, frontal loblar ve lokus seruleus gibi yapılar, migren ataklarının başlangıcında suçlanan nörojenik jeneratör kuramındaki öngörülerle örtüşmektedir.

- **Aura dönemi:** Aura, migren baş ağrısından hemen önce veya beraberinde gözlenen nörolojik belirtileri ifade eder. 5 ile 20 dakika kadar süren duyuşsal, motor, konuşma veya beyin sapı işlevlerine dair bozukluklar şeklindeki belirtiler genelde 60 dakikayı geçmez.

Auralı migren tanısı almış kişilerde bile her atakta aura gözlenmeyebilir.

En çok tarif edilen, pozitif görsel belirtiler (yanıp sönen ışık parlamaları (fotopsia) veya şekilli kompleks görsel halüsinasyonlar (teicopsia, fortification spectra)) ve görme alanındaki kısmi/tam görme defektleriyle seyreden negatif görsel belirtilerdir. Bazı hastaların görsel illüzyonlar tarifledikleri saptanmış ve bu durum, cisimlerin şekil-büyükölük algısındaki bozulmayı ifade eden “Alice Harikalar Diyarında Sendromu” olarak adlandırılmıştır (1).

Hemiparestezi, konuşma bozuklukları ve vertigo gibi aura belirtileri bazen iskemik atak veya epileptik belirtilerle karıştırılabilmektedir. Ancak auranın yayılma hızı 20-60 dakika civarındadır ve bu kadar yavaş olması ile iskemik atak ve epilepsiden ayırt edilebilir (3,4).

Aura semptomlarının, kortikal yayılan depresyonun neden olduğu kortikal disfonksiyon sonucu ortaya çıktığı düşünölmektedir.

- **Baş Ağrısı Dönemi:** Genellikle 4-24 saat süren baş ağrıları, pulsatil, tek tarafta ve orta-ağır şiddettedir. Baş ağrısının süresi, vasfı, şiddeti ve yeri, ataktan atağa hatta aynı atakta bile dalgalanmalar ve değışiklikler gösterebilir. İlk birkaç saati zonklayıcı ve çok şiddetliyen sonrası künt vasıflı ve orta şiddette olabilir.

Az bir hasta grubunda baş ağrısı hep aynı taraftadır. Hastaların yarısına yakınında baş ağrısı atak sıklığı ayda 1 kez ya da daha azdır.

Ağrıya genellikle bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, burun tıkanıklığı, bulanık/çift görme, halsizlik, çarpıntı, terleme, solukluk, sık idrara çıkma, kabızlık, ishal, ense sertliğı ve sinirlilik gibi belirtiler eşlik eder. Hareket etmek, ışık ve gürölütü ağrıyı artırırken, karanlık ve sessiz ortam, başı sıkıştırma ve soğuk uygulama ağrıyı azaltmaktadır (1,4).

Ağrı döneminin ortaya çıkışını en iyi, vasköler distansiyon kuramını temel alan yaklaşımlar açıklamaktadır.

- **Postdrom Dönemi:** Ağrının azalarak kaybolması ile belirgin bir rahatlama gözlenir. Acıkma ve idrara çıkma isteğı belirir. Bu dönemde yorgunluk ve tükenmişlik hissi görölebileceğı gibi yenilenmişlik hissi ve öfori de görölebilir (1).

2.1.3.3 Migrenin Tedavisi

Migrenin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmadığından mevcut tedaviler daha çok semptomlara yöneliktir. Tedavi yaklaşımları, ilaç tedavileri ve ilaç dışı yöntemler olarak gruplandırılabilir (8).

Düzenli uyku ve beslenme, gevşeme teknikleri, kognitif-davranışsal terapiler, nörobiyofeedback, tetikleyici faktörlerden kaçınma (diyet, ilaçlar, çevresel etmenler gibi) ve akupunktur gibi yöntemler ilaç dışı tedavinin kapsamına girer (25,26).

Migrende ilaç tedavisi, atakların tedavisi ve proflaktik tedaviden oluşur (27).

➤ **Atakların tedavisi:** Hafif atakların tedavisinde basit analjezikler (Parasetamol, Asetil Salisilik Asit gibi), orta şiddetteki ataklarda kafeinle kombine analjezik veya NSAİ (NonSteroid Anti İnflamatuar) ilaçlar (Etodolak, Naproksen, İbuprofen gibi), ağır şiddetteki ataklarda ise migrene spesifik ilaçlar olan triptanlar veya ergotamin türevleri kullanılır. Ergotamin türevlerinin uzun dönem vasküler yan etkileri nedeniyle 5-HT_{1B}/5-HT_{1D} agonisti serotoninergik etkili triptanlar daha fazla tercih edilmektedir.

Atağın süresi, şiddeti, eşlik eden semptomlar ve tıbbi durumlar ile hastaların tercihleri de göz önünde bulundurularak ilaç tedavisi düzenlenmelidir (Tablo 1 ve 2).

Günümüzde artık opioidlerin ve steroidlerin atak tedavisinde kullanımı pek kabul görmemektedir (4).

Atak tedavisinde kullanılan analjezik ve triptanlara, antiemetik olarak Domperidon veya Metoklopramid eklenmesinin etkinliği artırdığı belirtilmektedir (1,2).

Klorpromazin 10 mg IV (intravenöz) kullanımı atakların tedavisinde diğer bir seçenek olup özellikle hipotansiyon ve istemsiz hareketler açısından dikkat edilmesi gereken bir ajandır. Magnezyum sülfat'ın 1 mg IV infüzyonunun bazı hastalarda etkili olduğu ileri sürülmüştür (Bigal ve ark., 2002) (1).

Tablo 1. Migren atak tedavisinde sık kullanılan migrene spesifik olmayan ilaçlar (1,4)

İlaç	Doz (mg/gün)	Yan Etkiler	Kontrendikasyonlar	Uygun Ek Tıbbi Durum
Asetil Salisilik Asit	500-1000	GIS yan etkileri, kanama diyatezi	Peptik ülser, kanama diyatezi, gebelik son trimestr	Koroner arter hastalığı, Geçici iskemik atak
Parasetamol	500-1000	Nadiren cilt/karaciğer bozuklukları	Karaciğer/Böbrek yetmezliği	Gebelik
Diklofenak	50-100	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Artrit ve diğer ağrılı durumlar
Naproksen	550-1100	GIS yan etkileri, hematüri, ödem	Peptik ülser, Kanama diyatezi	Artrit ve diğer ağrılı durumlar
Ketoprofen	50-100	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Romatizmal hastalıklar, dismenore
Flurbiprofen	100-300	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Romatizmal hastalıklar, dismenore
İbuprofen	200-800	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Romatizmal hastalıklar, dismenore
Metamizol	1000	Hipotansiyon, pansitopeni, GIS yan etkileri	Porfiri, kan diskrazileri, glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği	

Tablo 2. Migren atak tedavisinde sık kullanılan migrene spesifik ilaçlar (1,4)

İlaç	Uygulama şekli	Doz (mg/gün)	Ortak Yan etkiler	Ortak Kontrendikasyonlar
Eletriptan	Oral	40-80	Ateş basması,	Baziler tip migren,
Sumatriptan	Oral, Nazal, Subkutan	50-100 / 20-40 / 6-12	halsizlik, sersemlik, baş dönmesi, bulantı, ağız kuruluğu,	Hemiplejik migren, Serebrovasküler hastalık, Periferik arter hastalığı,
Frovatriptan	Oral	2,5-5	göğüste sıkıntı hissi	Prinzmetal anjina,
Naratriptan	Oral	2,5-5	Not: Bunlara ek olarak nazal formlar	Kontrolsüz hipertansiyon, Gebelik
Rizatriptan	Oral	10-30	tat duygusunu bozabilir, subkutan	Not: Bunlara ek olarak nazal formlar
Zolmitriptan	Oral, Nazal	2,5-5 / 2,5-10	formda ise enjeksiyon yerinde lokal reaksiyonlar görülebilir.	nezle-grip ve sinüzitte de kontrendikedir.

72 saatten uzun süren veya 4 saatten kısa aralıklarla devam eden ataklar, Migren statusu olarak kabul edilir. Status tedavisi için steroidlere ilaveten antiemetik, antiepileptik, nöroleptik veya magnezyum gibi IV seçeneklerden uygun kombinasyonla hastaya göre tedavi protokolü oluşturulur. Prednizolon'un günde 4 defa verilen 20 mg 'lık dozu, birkaç günde azaltılarak kesildiğinde status için etkin bir uygulama olabilir (1,4).

➤ **Proflaktik tedavi:** Proflaktik tedavi endikasyonları arasında; ayda 3'ten fazla atak, 48 saatten uzun süren ataklar, dayanılmaz şiddette ağrılar ve hemiplejik/baziler migren sayılabilir. Proflaktik ilaç seçiminde migrene eşlik eden tıbbi durumlar temel belirleyicidir (Tablo 3).

Proflakside en sık kullanılan ajanlar: beta blokerler (propranolol, metoprolol ve nebivolol gibi), antidepresanlar (amitriptilin ve diğer trisiklikler, sertralin gibi SSRI'lar ve venlafaksin gibi SNRI'lar), kalsiyum kanal blokerleri (flunarizin, verapamil gibi) ve antiepileptikler (valproik asit, topiramet, lamotrijin, gabapentin)'dir (1,3,4,28).

Migren proflaksisinde denenen Riboflavin (Schoenen ve ark., 1998), Magnezyum (Mauskop ve ark., 1998) ve Botulinum toksin enjeksiyonu (Silberstein ve ark., 2000) ile ilgili veriler henüz tartışmalıdır (1).

Tablo 3. Migren profilaksisinde ilaç seçimi (1,4)

Migrene eşlik eden tıbbi durum	Proflaktik ajan	Uygunluk
Hipertansiyon	Beta bloker	+
	Kalsiyum kanal blokeri	+
Anjina	Kalsiyum kanal blokeri	+
Stres	Beta bloker	+
Depresyon	Antidepresan	+
	Beta bloker	-
İnsomni	Trisiklik antidepresan	+
Epilepsi	Valproat, Topiramat	+
	Trisiklik antidepresan	-
Obezite	Topiramat	+
	Valproat, Flunarizin, Trisiklik antidepresan	-
Astım	Beta bloker	-
Reynaud fenomeni	Beta bloker	-
İleri yaş	Trisiklik antidepresan	-
Dikkat gerektiren iş	Trisiklik antidepresan, Topiramat	-
Karaciğer hastalığı	Valproat	-
Glokom	Topiramat	-
Böbrek taşı	Topiramat	-

2.1.4. GTBA

2.1.4.1. GTBA'nın Patofizyolojisi

Eskiden perikraniyal kasların anormal kasılmasının bir sonucu olduğu düşünülmekteyken yapılan Elektromiyografi ve Botulinum toksin çalışmaları ile bu varsayımdan vazgeçilmiştir. Ağrının perikraniyal kaslardaki bu gerginliğin direkt sonucu olmadığını vurgulamak amacıyla IHS 2004 sınıflamasında gerilim baş ağrısı terimi yerine gerilim tipi baş ağrısı terimi kullanılmıştır (1,29).

Migrendeki nörovasküler teorinin GTBA'daki karşılığı olarak; artmış miyofasiyal nosiseptif duyarlılık üzerinde durulmaktadır (3,30).

Fiziksel ve psişik stresle, perikraniyal kaslarda nosiseptif uyarılma ve endojen antinosiseptif baskılanma sonucu trigeminal kaudal nükleusta duyarlılaşma meydana gelir. Bu da tıpkı migrendeki gibi trigeminovasküler mekanizma ile baş ağrısına neden olur ve migren ile GTBA arasında gözlenebilen semptomatik benzerliği açıklar (8,13,25,31).

2.1.4.2. GTBA'nın Kliniği

GTBA, en sık görülen birincil baş ağrısıdır. Ülkemizdeki yıllık prevalansı %30 gibi yüksek bir rakama ulaşsa da nispeten hafif bir tablo olduğundan bu oran Nöroloji polikliniklerine yansımamaktadır (1,4).

Başlangıç yaşı ortalama 20'dir ve kadınlarda daha sık görülmektedir (3,17).

Hafif veya orta şiddette, iki taraflı, künt veya sıkıştırıcı vasıflı bir baş ağrısıdır. Ağrıya genellikle bulantı eşlik etmez ve hastalar ışıktan rahatsız olmazlar. Nadiren de olsa tek taraflı, zonklayıcı ve fonofobi veya fotofobiden birinin eşlik ettiği hastalar da vardır (1,3).

IHS 2004 sınıflamasına göre seyrek epizodik GTBA, sık epizodik GTBA, kronik epizodik GTBA ve olası epizodik GTBA olmak üzere 4 formu vardır. Ayda 1 günden az ise seyrek epizodik GTBA, ayda 1-15 gün arası görülen GTBA varsa sık epizodik GTBA, 3 ay boyunca ayda 15 gün veya daha fazla ise kronik epizodik GTBA'dan söz edilir (32).

2.1.4.3 GTBA'nın Tedavisi

Atakların tedavisinde parasetamol gibi basit analjezikler ve NSAİ ilaçlar çoğu kez yeterlidir. Ancak bu ilaçların aşırı kullanımı konusunda hastalar uyarılmalıdır (1).

Kronik GTBA proflaksisinde ana ilaç grubunu antidepresan ilaçlar oluşturur. Bu gruptaki en etkin ajan olan Amitriptilin'in ağız kuruluğu, taşikardi, sersemlik, nöbet, idrar retansiyonu ve kalpte ileti bloğu gibi yan etkileri nedeniyle özellikle yaşlı ve obezlerde kullanımı sınırlıdır. Yine antidepresan grubundan olan SSRI'ların (Fluoksetin, Paroksetin, Sertralin, Sitalopram ve essitalopram gibi) yan etkileri nispeten daha nadir gözleendiğinden GTBA proflaksisinde kullanımları yaygındır (8,25).

İlaçların dışındaki seçenekler arasında stresle başa çıkma ve gevşeme teknikleri ile çeşitli egzersizler sayılabilir.

2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi, tartışmaya açık ve oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır. Yıllarca süren çabalara rağmen günümüzde yaşam kalitesi kavramının tek bir tanımı yoktur.

Genel bir tanımlama ile kişinin yaşamıyla ilgili olan tüm iç ve dış etmenlere dair iyilik halini belirttiği kabul edilir. İç etmenlerden en önemlisi sağlık parametresidir ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin (SİYK) ölçeklendirilebilmesine yönelik pek çok çalışma yapılmaktadır (33).

Kişinin fiziksel, ruhsal, genel sağlık algısı ve çeşitli rollerdeki performans ve katılımı gibi bileşenleri kapsayan SİYK kavramı, yararlı ve tatminkar bir yaşam sürme yetisi olarak da özetlenebilir. SİYK değişik jenerik ve spesifik ölçeklerle değerlendirilebilir. Spesifik ölçekler daha çok tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirilmesinde hassastır. Ancak jenerik ölçekler, farklı hasta gruplarını ve farklı hastalıkları kıyaslamada daha kullanışlıdır. Jenerik ölçeklerden Minor Symptoms Evaluation (MSEP) ve Short Form-36 (SF-36) en fazla kullanılanlardır. Migraine Specific Quality of Life (MSQoL) ve 24 Saatlik MSQoL ise en fazla kullanılan spesifik ölçeklerdir (34).

Kişinin fiziksel sağlık, psikolojik durum ve sosyal ilişkilerden etkilenen yaşamsal duruma dair algılarının ifadesi olması nedeniyle SİYK kavramını ölçeklendirme çabaları pek çok zorluğa sahiptir (35).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 20. yy ortalarından itibaren sağlıkla ilgili “tam bir iyilik hali” tanımlaması sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramının da temelini oluşturur. Hem objektif hem de sübjektif yönü olan bu kavramla ilgili çalışmalar son 20 yılda hız kazanmıştır (36).

1960'lı yıllarda ilk kez ekonomik göstergelerin hesaplanmasında da kullanılmış olan yaşam kalitesi kavramı, giderek psikoloji ve tıbbın da ilgi alanına girmiştir. SİYK ölçeklerinin ilk örneği 1947 tarihinde geliştirilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir (Fidan D ve ark.). 1970'li yıllara gelindiğinde nispeten daha kapsamlı ölçekler geliştirilmiş; Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP), Nottingham Sağlık Profili ve Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale-VAS) gibi temel ölçekler yapılandırılmıştır (36).

1988 yılında Ware ve arkadaşları, önceki ölçekleri de sentezleyerek, bugün 50'den fazla ülkede çevirileri yapıp kullanılan, SF-36 ölçeğini geliştirmiştir (35,36).

Fitzpatrick ve arkadaşları, yaşam kalitesi ölçeklerindeki ortak noktaları şöyle gruplandırmıştır:

- Fiziksel performans
- Emosyonel performans
- Rol performansı
- Sosyal performans
- Ağrı ve diğer semptomlar

Bu ölçeklerin tıptaki kullanım amaçlarını da:

- Bireysel psikososyal takip
- Sağlık hizmetlerinin ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi
- Klinik çalışmalar
- Ekonomi ve planlama analizleri

olarak sıralamışlardır (37).

SİYK değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler, jenerik ve hastalığa spesifik olmak üzere 2 grupta toplanabilir. Jenerik ölçekler, geniş kapsamlı olup toplumlar ve hastalıklar arasında kıyaslamalara uygun ölçeklerdir. Jenerik ölçeklerin en yaygın kullanılanları:

- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile-SIP)
- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)
- McMaster Sağlık İndeksi (McMaster Health Questionnaire)
- Minor Symptoms Evaluation (MSEP)

- Esenlik İndeksi (Index of Wellbeing)
- DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organisation Quality of Life-WHOQoL)
- Kısa Form-36 (Short Form-36)

Hastalığa spesifik ölçeklerse belli bir durumun yaşam kalitesine etkisini incelemede daha hassastır. Ancak farklı hastalıkları kıyaslamada kullanılamazlar. Bu gruba örnek olarak:

- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
- McGill Ağrı Anketi
- Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
- Barthell Engellilik İndeksi

sayılabilir (36).

Meslek grubu, yaşanılan şehir, gelir düzeyi ve cinsiyet gibi etmenlerin baz alındığı sosyoekonomik amaçlı çalışmalarda da SF-36 ölçeği sıkça kullanılmaktadır (33,36,38).

Ortalama yaşam süresinin artması ile beraber kronik hastalıklara maruziyet de artmıştır. Bu artış, SİYK düzeyini de olumsuz etkilemiş ve araştırmacıların bu konuya yoğun ilgi göstermesini sağlamıştır (39).

Son yıllarda başta migren olmak üzere, birincil baş ağrıları olan hastalarda SİYK değerlendirmelerinde standardize testler kullanılmaya başlanmıştır (40,41,42). İtalya, Tayvan, Almanya, Fransa ve İngiltere başta olmak üzere pek çok ülkede baş ağrılı hastaların SİYK değerlendirmesine yönelik ulusal bazlı çalışmalarda SF-36 ölçeği yaygın olarak kullanılmaktadır (23,43,44,45).

SF-36 ölçeği uygulanacağı toplumun dil ve kültür farkları dikkate alınarak 50'den fazla ülkede pek çok çalışmada kullanılan geçerliliği ve güvenilirliği sınanmış bir ölçektir (6,42,46,47). SF-36'nın uyarlamalarına örnek olarak; 1992 İngilizce versiyonu (Genel Toplum), 1994 Fransızca versiyonu (Astım), 1995 Almanca versiyonu (Genel Toplum), 1996 Avustralya versiyonu (İnme), 1998 Çince versiyonu (Genel Toplum), 1999 Türkçe versiyonu (Romatizmal Hastalıklar, Koçyiğit ve ark.) sayılabilir (48).

3. MATERYAL VE METOD

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran, iletişim kurulabilen ve çalışma için gönüllü 90 olgu, aşağıdaki dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun olarak çalışmaya alındı. Tüm olguların, IHS-2004 kriterlerine göre değerlendirilmesi yapıldı. Olgular, klinik değerlendirme sonrası IHS-2004 kriterlerine göre 3 grupta sınıflandırıldı. Normal olarak değerlendirilen 30 olgu ile kontrol grubu, migren tanısı alan 30 olgu ile Migren grubu ve GTBA tanısı alan 30 olgu ile GTBA grubu oluşturuldu. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Komitesi'nden izin ve tüm hastalardan bilgilendirilmiş onay alındı.

Olgular Mayıs 2012, Haziran 2012 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöroloji polikliniğinde IHS-2004 kriterlerine göre değerlendirildi. Gönüllü katılımcılara yüz yüze görüşme tekniğiyle sosyodemografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan ve 9 sorudan oluşan bir hasta bilgi formu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

Çalışmaya alınan tüm hastaların öyküleri alındıktan sonra fizik muayene ve nörolojik muayeneleri ile gerekli görülen durumlarda ek incelemeler yapıldı.

Bu çalışmayı yaparken hasta ve kontrol grubunun taşınması gereken şu özellikleri dikkate alındı;

- 1- IHS-2004 kriterlerine göre klinik tanı.
- 2- "Short Form-36" (Kısa Form-36, SF-36) ölçek formunu tam olarak doldurmuş olmak.
- 3- 16 yaşından büyük olmak.
- 4- Yaşam kalitesini etkileyebilecek organik kronik hastalığı bulunmamak (kronik böbrek ve karaciğer hastalığı, hematolojik bir hastalık, kanser öyküsü, kontrolsüz hipertansiyonu, kafa içi yer kaplayıcı lezyonu saptanan ve benzeri)
- 5- Bipolar bozukluk, şizofreni gibi kognitif fonksiyonları bozacak psikiyatrik hastalığı olmamak.
- 6- Mental retarde olmamak.
- 7- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

3.1. Kısa Form-36 (Short Form-36 – SF-36)

Jenerik ölçeklerden olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, 1988 yılında Ware ve arkadaşları tarafından RAND Corporation bünyesinde geliştirilmiş olup hemen her yıl güncellenerek bugünkü halini almıştır (48,49).

SF-36 ölçeği, 36 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin sekiz boyutunun incelendiği bu ölçekte, yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir (50). Ölçek; Fiziksel fonksiyonellik (FF) (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (FR) (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı (BA), genel sağlık (GS) (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), canlılık (CA), mental sağlık (MS), sosyal fonksiyonellik (SF) ve emosyonel rol (ER) (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) boyutlarından oluşmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. SF-36 yaşam kalitesi boyutları

Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Beklenen olası en düşük ve en yüksek puanlar	Olası puan aralığı
Fizik fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Sosyal fonksiyonellik	6+10	2-10	8
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Emosyonel rol	5a+5b+5c	0-3	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Canlılık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Bedensel ağrı	7+8	2-12	10
Genel sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20

Beklenen olası en düşük puan, ilgili sorulardan ölçekten alınabilecek en düşük puanı, beklenen olası en yüksek puan, ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek puanı ve olası ham puan aralığı ise; ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek ve en düşük puan arasındaki farkı gösterir.

SF 36'nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması işlemi şu sırayla gerçekleştirilmektedir (36):

1. Soru değerlerinin yeniden kodlanması: Soru değerlerinin yeniden kodlanması veya ters çevrilmesi işlemi 1, 6, 7, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları için yapılmaktadır. Puanların dönüştürülmesi ile "hiç" seçeneği (5), "aşırı" seçeneği ise (1) ham puana sahip olması ve yüksek puanların daha iyi sağlık durumlarını, düşük puanların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtmasını sağlamaktadır.

2. Ham ölçek puanlarının belirlenmesi: Ham ölçek puanlarını hesaplamak için her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham ölçek puanları belirlenmektedir.

3. Ham ölçek puanlarının değerlendirilmesi: Ham ölçek puanlarının 0-100 arasında değerlendirilmesi işlemi yapılmaktadır.

Ham ölçek puanı dönüştürülürken aşağıdaki formül kullanılmaktadır:

Dönüştürülmüş puan=(Ham ölçek puanı- beklenen en düşük puan)/olası puan aralığıx100

Örnek: FF puanı 23 ise, bu puanın dönüştürülmesi şöyledir:

$$(23-10/20) \times 100 = \%65$$

SF-36'nın genel sağlık değerlendirmesi alanında, hastanın sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini sorgulayan 2. soru puanlanmamaktadır (17).

3.2. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS Versiyon 11.5 (SPSS Inc. Chicago USA) bilgisayar programı kullanılarak analiz edilmiştir. Aritmetik ortalama ve standart sapma ($X \pm SD$) tüm değerler ele alınarak hesaplanmıştır. Grupların ortalamaları arasındaki farkın önemi One-Way ANOVA ile karşılaştırılmıştır.

4. BULGULAR

IHS-2004 kriterlerine göre çalışmaya dahil edilen toplam 90 gönüllüye, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Elde edilen puanlar, migren, GTBA ve kontrol grupları arasında karşılaştırma yapılarak değerlendirildi.

Kontrol grubu 15'i erkek 15'i kadın olmak üzere 30 olgudan oluşmaktaydı. Grubun yaş ortalaması $33,30 \pm (8,29)$ idi. Migren grubu ise 20 kadın (%66,6) ve 10 erkek (%33,4) olmak üzere 30 hastadan oluşmaktaydı. Bu grubun yaş ortalaması $33,93 \pm (11,16)$ idi. GTBA 22 kadın (%73,4) ve 8 erkek (%26,6) olmak üzere 30 hastadan oluşmaktaydı. Grubun yaş ortalaması $35,70 \pm (11,62)$ idi (Tablo 5).

Tablo 5. Grupların yaş ve cinsiyet özellikleri

	Migren	GTBA	Kontrol
	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS
Cinsiyet (E/K)	10/20	8/22	15/15
Yaş (Yıl)	$33,93 \pm 11,16$	$35,70 \pm 11,62$	$33,30 \pm 8,29$

SS: Standart Sapma

Migren, GTBA ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi boyutlarının puanları karşılaştırıldığında; migren grubunda FF puanı ortalamaları $39,66 \pm 16,29$, GTBA grubunda $68,83 \pm 19,55$, kontrol grubunda ise $92,83 \pm 7,50$ olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların Fiziksel Fonksiyonellik puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
FF	39,66 ±16,29	68,83 ±19,55	92,83 ±7,50	0,000	0,000	0,000

SS: Standart Sapma

Grupların FR puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 31,06±15,53, GTBA grubunda 51,76±25,47, kontrol grubunda ise 97,56±5,27 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Grupların Fiziksel Rol puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
FR	31,06 ±15,53	51,76 ±25,47	97,56 ±5,27	0,000	0,000	0,000

SS: Standart Sapma

Grupların ER puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 38,33±28,25, GTBA grubunda 49,76±27,20, kontrol grubunda ise 97,50±6,98 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Migren grubu ile GTBA grubu arasında ER puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Migren-kontrol ve GTBA-kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Grupların Emosyonel Rol puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
ER	38,33 ±28,25	49,76 ±27,20	97,50 ±6,98	0,138	0,000	0,000

SS: Standart Sapma

Grupların CA puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 43,96±21,41, GTBA grubunda 40,10±18,85, kontrol grubunda ise 66,13±12,81 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında GTBA grubunda migren ve kontrol grubundan, migren grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Ancak migren grubu ile GTBA grubu arasında CA puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Migren-kontrol ve GTBA-kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların Canlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
CA	43,96 ±21,41	40,10 ±18,85	66,13 ±12,81	0,686	0,000	0,000

SS: Standart Sapma

Grupların MS puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 54,16±21,33, GTBA grubunda 55,50±15,38, kontrol grubunda ise 78,16±10,37 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Ancak migren grubu ile GTBA grubu arasında MS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Migren-kontrol ve GTBA-kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Grupların Mental Sağlık puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
MS	54,16 ±21,33	55,50 ±15,38	78,16 ±10,37	0,946	0,000	0,000

SS: Standart Sapma

Grupların SF puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 54,33±19,54, GTBA grubunda 64,43±16,89, kontrol grubunda ise 92,20±11,03 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Grupların Sosyal Fonksiyonellik puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
SF	54,33 ±19,54	64,43 ±16,89	92,20 ±11,03	0,047	0,000	0,000

SS: Standart Sapma

Grupların BA puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 43,73±18,88, GTBA grubunda 51,76±11,39, kontrol grubunda ise 89,60±10,85 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Ancak migren grubu ile GTBA grubu arasında BA puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Migren-kontrol ve GTBA-kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların Bedensel Ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
BA	43,73 ±18,88	51,76 ±11,39	89,60 ±10,85	0,078	0,000	0,000

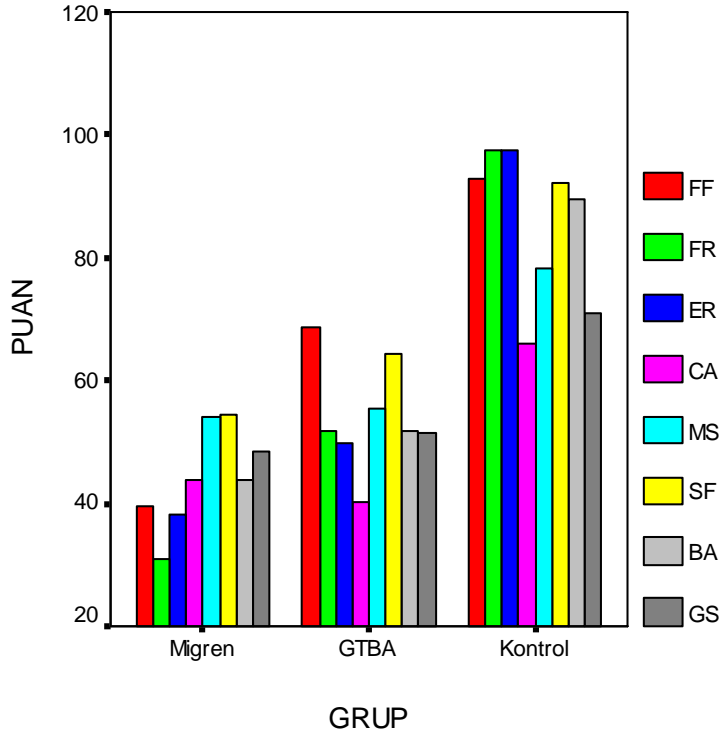
SS: Standart Sapma

Grupların GS puanları karşılaştırıldığında migren grubunda 48,33±16,26, GTBA grubunda 51,33±17,71, kontrol grubunda ise 71,00±15,61 olarak bulundu. Elde edilen veriler karşılaştırıldığında migren grubunda GTBA ve kontrol grubundan, GTBA grubunda da kontrol grubundan daha düşük bulundu. Ancak migren grubu ile GTBA grubu arasında GS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Migren-kontrol ve GTBA-kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Grupların Genel Sağlık puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren Ortalama±SS	GTBA Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	P değerleri		
				1-2	1-3	2-3
GS	48,33 ±16,26	51,33 ±17,71	71,00 ±15,61	0,766	0,000	0,000

SS: Standart Sapma



Grafik 1. Yaşam kalitesi alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı

5. TARTIŞMA

Migren ve GTBA, sık görülen kronik hastalıklar olmaları nedeniyle bireysel ve toplumsal yükleri önemszenmesi gereken durumlardır (2). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi migren ve GTBA'nın da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (46,47,51,52).

Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif yönlerinin varlığı göz önüne alındığında, bu kavramın ölçeklendirilmesinin gerekliliği ve de zorluğu anlaşılabilir. Uzun çalışma serileri sonrası geliştirilen jenerik SİYK ölçeği SF-36, bu alanda kullanılan ölçeklerin başında gelir (49).

SF-36, yaşam kalitesini 2 temel komponent kapsamındaki 8 alt başlıkta değerlendirir. Bu 2 temel komponentten Mental Sağlık kapsamına; ER, CA, MS ve SF alt boyutları girerken, Fiziksel Sağlık komponenti kapsamınaysa; FF, FR, BA ve GS girmektedir. Bu alt boyutlar arasındaki etkileşimin sınırları değişkendir, özellikle de CA'nın Fiziksel komponentle, GS'nin de Mental komponentle yoğun ilişkisi olduğu varsayılmaktadır (48).

Literatürde SİYK ölçümlerinde pek çok çalışmada SF-36 kullanılmıştır (53,54,55). Biz de çalışmamızda SF-36 ölçeğini kullanarak kliniğimize başvuran migren ve GTBA hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmaya migren tanılı 30 hasta, GTBA tanılı 30 hasta ve kontrol grubunu oluşturan 30 sağlıklı birey olmak üzere toplam 90 kişi dahil edildi.

Çalışmamızda migren grubunun yaş ortalaması, $33,93 \pm 11,16$ yıl idi (Tablo.5). 2010'da Kuzudişli S.'nin 155 migrenli hastayla yaptığı çalışmada yaş ortalaması $33,8 \pm 9,8$, Eyigürbüz ve arkadaşlarının 2011' de 45 migrenli ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması $34 \pm 7,93$, 2005'te Saygın ve arkadaşlarının aurasız migren ile GTBA'nın özelliklerini incelediği çalışmasında migrenlilerde yaş ortalaması $37,33 \pm 7,09$, 2000'de Wang SJ ve arkadaşlarının 901 başağrılı hastada yaptığı çalışmada migrenlilerin yaş ortalaması $41,8 \pm 20,3$, 2003'te Hollanda'daki bir çalışmada migrenlilerde yaş ortalaması $39,1 \pm 11,1$, 2004'te Bussone G ve arkadaşlarının 68 migrenlide yaptığı çalışmasında yaş ortalaması $38,52$, 2009'da Hoppe A ve arkadaşlarının 301 migrenliyle yaptığı çalışmada yaş ortalaması $42,6 \pm 11,4$, 2010'da Leonardi M ve arkadaşlarının 102 migrenlide yaptığı çalışmada yaş ortalaması $43,5 \pm 11,4$ olarak belirtilmiştir (16,17,28,35,39,41,43,44).

Çalışmamızda GTBA'lı hastaların yaş ortalaması $35,70 \pm 11,62$ idi. 2009'da Söylemez G'nin 121 hastalık serisinde yaş ortalaması $39,66$, 2008'de Yimenicioğlu M'nin 35 hastalık

serisinde $36,66 \pm 2,12$, 2005' te Saygın ve arkadaşlarının çalışmasında $36,20 \pm 10,85$, 2003'te Suijlekom ve arkadaşlarının çalışmasında $41,4 \pm 14,5$, 2009'da Hoppe A ve arkadaşlarının 270 hastalık serisinde $42,7 \pm 13,2$, Tayvan'da 901 hastalık bir seride $46,7 \pm 19$ olarak raporlanmıştır (28,29,30,35,41,44).

Bizim çalışmamızdaki yaş ortalaması verileri, ülkemizdeki araştırmalarla daha uyumlu gözükmektedir. Yurtdışındaki çalışmalar, migren ve GTBA hastalarının yaş ortalamalarını daha yüksek raporlamışlardır. Bu durum muhtemelen farklı toplumların farklı nüfus yapısına sahip olması ile ilişkilidir. Özellikle bölgemizde belirgin olmak üzere Türkiye'nin genç nüfusu dikkate alındığında çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Grupların cinsiyet dağılımına bakıldığında; çalışmamızdaki migrenli grubun 20'si kadın (%66,6), 10'u erkekti (%33,4). Kadın-erkek oranlarına bakıldığında; Kuzudışli S'nin çalışmasında %77,4-22,6, Eyigürbüz ve arkadaşlarının çalışmasında %91,1-8,9, Saygın ve arkadaşlarının çalışmasında %72,7-27,3, Suijlekom ve arkadaşlarının çalışmasında %76,9-23,1, Bussone G ve arkadaşlarının çalışmasında %76,5-23,5, Hoppe A ve arkadaşlarının çalışmasında %88-12, Wang SJ ve arkadaşlarının çalışmasında %80-20 olarak belirtilmişti (16,17,28,35,39,41,44). Çalışmamızdaki migrenlilerin cinsiyet dağılımı literatürdeki kadar belirgin olmamakla beraber kadın cinsiyet lehineydi.

Çalışmamızdaki GTBA grubunun %73,4'ü kadın, %26,6'sı erkekti. Söylemez G'nin 2009'daki çalışmasında %88-12, Yimenicioğlu M'nin 2008'deki çalışmasında %80-20, 2005'te Saygın ve arkadaşlarının çalışmasında %83-17, 2003'te Hollanda'da bir çalışmada %66,7-33,3, 2009'da Hoppe A ve arkadaşlarının çalışmasında %74-26, 2000'de Wang SJ ve arkadaşlarının çalışmasında %67-33 oranları raporlanmış olup çalışmamızdaki GTBA grubunun cinsiyet dağılımı literatür ile uyumluydu (17,29,30,35,41,44).

Grupların SF-36'nın alt boyutlarından elde ettikleri puanların ortalaması değerlendirildiğinde;

FF boyutunun migren grubunda puan ortalaması $39,66 \pm 16,29$, GTBA grubunda $68,83 \pm 19,55$ ve kontrol grubunda $92,83 \pm 7,50$ olarak saptandı (Tablo.6). Bu verilere göre migren grubunun hem kontrol grubundan hem de GTBA grubundan istatistiksel olarak anlamlı puan düşüklüğü söz konusuysen, GTBA grubu da kontrol grubundan düşük FF puanlarına sahipti. Suijlekom ve arkadaşları 2003'te 39 migrenli 42 GTBA'lı hastadan migrenlilerde FF puan ortalamasını $83,9 \pm 20,5$, GTBA'lılarda $77,0 \pm 20,7$ saptamış, migrenlilerin GTBA ve normalden, GTBA'lıların da normalden anlamlı olarak düşük

olduğunu belirtmiştir (44). 2004'te Bussone G ve arkadaşları 68 migren hastasının FF puan ortalamasını normalden anlamlı derecede düşük bulmuştur (39). 2010'da 102 migren hastasında, hastalığın şiddetiyle yaşam kalitesi düzeyinin incelendiği bir çalışmada, Raggi A ve arkadaşları, FF puanlarının hastalığın şiddetiyle ters orantılı olarak düştüğünü bildirmiştir (42). 2009'da Buse DC ve arkadaşları 1970-2008 tarihleri arasındaki literatür taraması ile migrenlilerin tüm boyutlarda olduğu gibi FF boyutunda da normalden düşük puanlara sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (45). Çalışmamızda FF boyutu ile ilgili elde edilen bulguların, literatürdeki verilerle büyük oranda örtüştüğünü söyleyebiliriz.

FR puanlarının ortalamaları çalışmamızda şöyleydi: migren grubunda $31,06 \pm 15,53$, GTBA grubunda $51,76 \pm 25,47$ ve kontrol grubunda $97,56 \pm 5,27$ (Tablo.7). Grupların kendi arasındaki karşılaştırmada; migren-kontrol, migren-GTBA, GTBA-kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı. Fransa'daki bir çalışmada migren grubunda FR puan ortalaması 31,2, GTBA grubunda 58,33 bulunmuş, GTBA-migren arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızken, grupların kontrolle farkları anlamlı bulunmuştur (24). Hollanda'da 2003'te yapılan bir çalışma migrenlilerde FR puan ortalamasını 29,5, GTBA'lılarda 45,8 olarak normal popülasyondan düşük, ancak migren-GTBA farkını anlamsız bulmuştur (35). Raggi A ve arkadaşları ise migren şiddeti arttıkça FR puanlarının 29,3'e kadar düştüğünü gözlemlemiştir (42). Buse DC ve arkadaşları FR puanlarını migrenlilerde normal popülasyondan düşük saptamıştır (45).

Migrenlilerde ER puan ortalaması $38,33 \pm 28,25$ iken GTBA'lılarda $49,76 \pm 27,20$ ve kontrol grubunda $97,50 \pm 6,98$ idi (Tablo.8). Migren ile GTBA grupları arasında anlamlı fark yokken kontrol grubuna göre her ikisinde de istatistiksel olarak anlamlı düşüş vardı. Fransa'daki bir çalışmada Migrenli grubun ER puan ortalaması 41,7, GTBA grubunun ortalaması 61,1 bulunmuş ve gruplar normal popülasyona göre düşük puanlara sahipken, migren-GTBA arası anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (24). Yine benzer bir sonuç Hollanda'da yapılan bir çalışmada saptanmıştır (35). İtalya'da 2010'daki bir çalışmada da migren şiddeti arttıkça ER puanlarında normale göre düşüş gözlenmiştir (42). Aynı yıl Leonardi M ve arkadaşlarının çalışmasında migrenli grupta ER puanları normalden düşük bulunmuştur ($p < 0,05$) (43). Tayvan'da geniş bir hasta serisinde ER puan ortalaması migrenli grupta 54,2 ve GTBA grubunda 42,4 ile normalden düşük, ancak migren-GTBA arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (44). 2009'da ABD'de bir çalışma ile migrenlilerin normalden

düşük ER puanlarına sahip oldukları belirtilmiştir (45). ER puanları ve gruplar arası değerlendirmelere bakıldığında elde ettiğimiz bulgular literatürle uyumluydu.

Grupların CA puan ortalamaları; migren grubunda $43,96 \pm 21,41$, GTBA grubunda $40,10 \pm 18,85$ ve kontrol grubunda $66,13 \pm 12,81$ olarak saptandı. Gruplar karşılaştırıldığında; migren-GTBA arasında anlamlı fark yoktu, migren-kontrol ve GTBA-kontrol arasındaki farklar ise istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo.9). Fransa, Hollanda ve Tayvan'da yapılan 3 farklı çalışmada migrenlilerin CA puan ortalamaları sırasıyla 34,3, 50,0 ve 50,9 bulunmuş, aynı çalışmalarda GTBA'luların ortalamaları ise 55,0, 52,4 ve 44,9 olarak hesaplanmıştır. Bu 3 çalışmanın ortak sonucu; migren ve GTBA gruplarının normalden düşük puanlara sahip olması ve migren-GTBA karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmamasıdır (24,35,44). 2009'da ABD'deki bir çalışmada migrenlilerin de en az depresyon, diyabetes mellitus ve miyokard infarktüsü hastaları kadar düşük puanlara sahip oldukları belirtilmiştir (45). Çalışmamızda elde ettiğimiz CA ile ilgili bulgular literatürle uyumluydu.

Migren grubunun MS puan ortalaması $54,16 \pm 21,33$ iken GTBA grubunun $55,50 \pm 15,38$ ve kontrol grubunun da $78,16 \pm 10,37$ idi (Tablo.10). Bu değerler karşılaştırıldığında hem migren hem GTBA grubu kontrol grubundan düşük puanlara sahipken migren-GTBA grupları arasında anlamlı fark yoktu. Hollanda'daki bir çalışmada migren ve GTBA grupları normalden düşük puan ortalamasına sahipken, Migren grubuyla (64,4) GTBA grubu (64,7) arasında anlamlı fark yoktu (35). Buse DC ve arkadaşları, Bussone G ve arkadaşları, Raggi A ve arkadaşları ile Leonardi M ve arkadaşlarının çalışmalarında migrenliler normalden düşük MS puanlarına sahipti (39,42,43,45). Farklı bir sonuç olarak Wang SJ ve arkadaşlarının çalışmasında ise migren grubu 61,6 puan ortalaması ile normalden düşük, GTBA grubu ise 56,5 ortalama ile hem normalden hem de migrenlilerden düşük değerlere sahipti (44). Migren-GTBA arasındaki MS puanları açısından gözlenen bu birbirinden farklı sonuçlar, MS sorgusunun ve buna yönelik algının sosyokültürel farklılıklar açısından standardize edilememiş olabileceği şüphesini doğurmaktadır. MS boyutuyla ilgili bulgularımız Hollanda'daki çalışma ile daha uyumlu gözükmektedir.

SF puan ortalamaları, migren grubunda $54,33 \pm 19,54$ iken GTBA grubunda $64,43 \pm 16,89$ ve kontrol grubunda $78,16 \pm 10,37$ idi (Tablo.11). Migren grubu, hem GTBA grubundan hem de kontrol grubundan; GTBA grubu da kontrol grubundan anlamlı derecede düşük puanlara sahipti. 2000'de Tayvan'da, 2003'te Hollanda'da ve 2010'da Fransa'da yapılan çalışmaların hepsinde de hem migren hem GTBA grupları normalden düşük SF

boyutu puan ortalamaları elde etmiş ancak migren-GTBA grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (24,35,44). Bussone G ve arkadaşları ile Leonardi M ve arkadaşlarının çalışmalarında da migrenlilerde SF alanında normalden düşük puan ortalamaları saptanmıştır (39,43). Raggi A ve arkadaşlarının 2010'daki çalışmasında, hastalık şiddeti arttıkça SF puanlarının düştüğü gözlenmiştir (42). 1970-2008 arası literatürün gözden geçirildiği bir çalışmada da migrenlilerde normalden düşük puanlar saptandığı belirtilmiştir (45). Bizim bulgularımız da genel olarak literatürle uyumludur. Sadece migren grubunun GTBA grubuna göre hafifçe daha düşük puanlara sahip olduğunu gözlemledik.

Çalışmamızda BA puan ortalamaları migren grubunda $43,73 \pm 18,88$, GTBA grubunda $51,76 \pm 11,39$ ve kontrol grubunda $89,60 \pm 10,85$ idi (Tablo.12). Migren-GTBA grupları arasında BA puan ortalamaları açısından anlamlı fark yoktu. Ancak migren ve GTBA gruplarının kontrol grubundan daha düşük puanlar aldıkları gözlendi. 2003'te Suijlekom ve arkadaşları, hem migren hem GTBA'nın normalden düşük puanlara yol açtığını ancak migren (41,1) ile GTBA (49,3) arasında BA boyutunda anlamlı fark olmadığını rapor etmiştir (35). 2004-2010 tarihlerindeki İtalyan migren çalışmalarının üçünde migren gruplarının normalden düşük BA puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir (39,42,43). Buse DC ve arkadaşları da 2009'daki çalışmasında migrenlilerin normal popülasyondan düşük BA puanlarını rapor etmiştir (45). Bizim bulgularımızdan olan migren-GTBA grupları arasında BA boyutu açısından anlamlı fark olmaması, tıpkı MS boyutunda olduğu gibi, Suijlekom'un çalışması ile uyumludur.

GS puan ortalamalarını migren grubunda $48,33 \pm 16,26$, GTBA grubunda $51,33 \pm 17,71$ ve kontrol grubunda $71,00 \pm 15,61$ olarak saptadık (Tablo.13). Migren-GTBA grupları arasında GS puan ortalaması açısından anlamlı fark yoktu. Migren ve GTBA gruplarının normalden düşük puan ortalamalarına sahip oldukları belirlendi. 2000'de Tayvan'da 901 hasta ile yapılan bir çalışmada migren grubunun GS puan ortalaması (49,5), ile GTBA grubunun ortalamasının (42,4) farkı istatistiksel olarak anlamsızdı ancak hem migren hem de GTBA grubu normal popülasyondan daha düşük puanlara sahipti (44). 2003'te Hollanda'daki ve 2010'da Fransa'daki çalışmalar da bu sonuçları desteklemektedir (24,35). İtalya'dan Bussone G ve arkadaşları, Raggi A ve arkadaşları, Leonardi M ve arkadaşları ile ABD'den Buse DC ve arkadaşları yaptıkları migren araştırmalarında migrenlilerin GS puanlarının normal popülasyondan düşük olduğunu rapor etmişlerdir (39,42,43,45). Bizim çalışmamızda da bulgular literatürle uyumluydu.

FF ve SF boyutlarında literatürdeki pek çok çalışmadan farklı olarak; migrenlilerin GTBA'lılardan anlamlı derecede daha düşük puanlara sahip olduklarını gözlemledik. Sağlık sorunları nedeniyle kısıtlanan aktivitelerin (yol yürüme, merdiven çıkma, ağır eşyaları kaldırma, spor ve banyo yapma gibi) puanlandığı FF boyutunu ve sosyal ilişkilerdeki etkilenmenin incelendiği SF boyutunu değerlendirirken bazı faktörlerin göz önünde bulundurulması ve çeşitli ölçeklerle tespit edilerek yorumlanması gerekmektedir. Bölgemizdeki migren tanısı alan hastalarla karşılaştırıldığında özellikle GTBA tanısına sahip hasta ve yakınlarının baş ağrısını, sosyal ilişkilerin kısıtlanmasına mazeret teşkil edecek bir hastalık olarak değerlendirmedeğini söyleyebiliriz. Yaşam koşulları, kişisel (psişik ve fiziksel durum) ve bölgesel özelliklerin etkilerinin yorumu güçleştirici etkilerinin asgariye indirilebilmesi için psişik ve disabilite belirteçleri ile sosyokültürel değerlerin iyi belirlenmesi gerekir. Çalışmamızdaki, yaşam kalitesine etki eden hastalık harici faktörlerin tespiti noktasındaki, kısıtlılık nedeniyle FF ve SF boyutlarındaki farklılığın önceki çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlanması güçtür.

Çalışmamızda SF-36'nın tüm boyutlarında kontrol grubuyla kıyaslandığında hem migrenlilerin hem GTBA'lıların puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu da hem migrenin hem GTBA'nın yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkilediği yönündeki öngörümüzü haklı çıkarmaktadır. Migren ve GTBA gruplarını karşılaştırdığımızda; FF, FR, SF boyutlarında migrenlilerin GTBA'lılardan anlamlı olarak daha düşük puanlara sahip olduğu ancak GS, BA, MS, CA ve ER boyutlarında anlamlı fark saptamadığımızı söyleyebiliriz. Hastaların çoğunun böyle anketlerle ilk kez karşılaşması, bazı sorulardaki benzerliklerin algı kusuruna yol açabilecek olması ve sayıca küçük sayılabilecek bir grupta çalışılması muhtemel farklılıkların açıklaması olabilir. Bu nedenle baş ağrısı tanımlı geniş hasta gruplarına belirli periyotlarla bu ve benzeri ölçekler doldurtularak tecrübe kazanmalarının sağlanmasını ve tedavi takiplerinin daha hassas kriterlerle yapılmasını tavsiye etmekteyiz.

6. KAYNAKLAR

1. Bradley WG, Daroff BR, Fenichel GM, Jankovic J, Ed: Tan E, Özdemir SE. Neurology in Clinical Practice. 5. Baskı, Ankara: Kalkan Matbaacılık, 2008; 134-210, 2011-2059.
2. Karlı N, Zarifoğlu M, Erteş M, Saip S, Öztürk V, Neyal M, Siva A, Kansu T, Sarıca Y. Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: part II. J Headache Pain, 2006; 7:75-82
3. Ropper HA, Samuels MA, Ed: Emre M. Adams and Victor's Principles of Neurology, 9.Basım, Ankara: Ayrıntı Basımevi, 2011; 162-188.
4. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri, Ed: Öge EA, Baykan B. Nöroloji. İkinci baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011; 373-393.
5. Gül S. Migren ağrısının özellikleri ve ağrının bireyin günlük aktiviteleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
6. İltuş F. Migrende 24 saatlik yaşam kalitesi ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
7. Demirel H. Migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrılarının hematolojik parametrelerle ilişkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Nöroloji Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2007.
8. Türk Nöroloji Derneği Baş Ağrısı Çalışma Grubu, Ed: Erdemoğlu AK, Baş ağrısı tanı ve tedavi rehberi 2011 güncellenmiş şekli. Ankara, 2011.
9. Selekler HM, Komşuoğlu SŞ. Migren sınıflaması ve dikkat edilmesi gereken noktalar. T Klin J Med Sci 2003, 23:250-254
10. Ailani J, Silberstein SD. Migraine. www.medlink.com/medlink/content.asp
11. Sandrini G, Friberg L, Coppola G, Janig W, Jensene R, Kruitf M, Rossi P, Sanchez M. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache (2nd edition). European Journal of Neurology 2011, 18: 373-381.
12. Alemdar M, Selekler M. Migren ve kortikal yayılan depresyon. Ağrı, 18:4, 2006.
13. İrkeç C, Batur HZ, Aksoy Ö, Doğanay H. Gerilim baş ağrısı ve migren patogenezinin nöroimmunolojik yaklaşım. Türk Nöroloji Dergisi 2006; Cilt: 12 Sayı: 2 Sayfa: 129-133.
14. Baykan B. Baş ağrısı ve genetik. Türk Nöroloji Dergisi 2006; Cilt: 12 Sayı: 4 Sayfa: 253-268.
15. Özön AÖ, Sümer MM. Bir hemiplejik migren olgusu. Turk Norol Derg 2009; 15: 199-203.
16. Kuzudişli S. Migrenli hastalarda RHO-kinaz ROCK2 gen polimorfizminin yeri. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2010.
17. Saygın MZ, Öztürk E, Koçer A, Lüleci A, Çalışkan M. Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı: psikiyatrik morbidite ve diğer ayırt edici özelliklerin araştırılması. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2005; 3(1): 22-26.
18. Patrick DL, Hurst BC, Hughes J. Further development and testing of the migraine-specific quality of life (MSQOL) measure. Headache 2000; 40: 550-560.
19. Ramadan NM, Silberstein SD, Freiteg FG, Gilbrt TT, Frishberg BM, US Headache Consortium. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine.

20. Över F, Bıçakçı Ş, Sarıca Y, Sertdemir Y. Beyaz cevher lezyonları ve migren. *Türk Nörol Derg.* Yıl: 2007 Cilt: 13 Sayı: 3 201-206.
21. Öcal R, Can U, Verdi H, Ataç FB, Özbek N, Kaya Y. Migrenli olgularda faktör V Leiden, protrombin G20210A ve Metilentetrahidrofolat redüktaz C677T mutasyon sıklığı. *Turk Norol Derg* 2010; 16: 171-176.
22. Kurth T, Chabriat H, Bousser MG. Migraine and stroke: a complex association with clinical implications. www.thelancet.com/neurology Vol 11 January 2012.
23. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clinical Therapeutics/Volume 29, Number 5, 2007.*
24. Autret A, Roux S, Rimboux-Lepage S, Valade D, Debiais S, West Migraine Study Group. Psychopathology and quality of life burden in chronic daily headache: influence of migraine symptoms. *J Headache Pain* (2010) 11: 247–253.
25. Group Health Cooperative. Migraine and tension headache diagnosis and treatment guideline. 1999–2011 Group Health Cooperative.
26. Stokes DA, Lappin MS. Neurofeedback and biofeedback with 37 migraineurs: a clinical outcome study. *Behavioral and Brain Functions* 2010, 6:9.
27. Zarifoğlu M, Siva A, Öztürk V, Baykan B, Karlı N, Özge A, Selekler M, Erdemoğlu AK. Migren baş ağrısı tedavi klavuzu. 2008.
28. Eyigurbuz T, Bilge S, Aykac S, Celebi A, Cınar SM. Koruyucu tedavi olarak Flunarizin veya Propranolol kullanan migrenli hastalarda major depresif bozukluk sıklığı ve yaşam kalitesi. *JAREM* 2011; 1: 33-7.
29. Söylemez G. Erişkinlerde epizodik gerilim tipi baş ağrısı tedavisinde hızlı etkili lornoksikaminin randomize, çift kör, placebo kontrollü etkililik çalışması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
30. Yimenicioğlu M. Gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarla fibromiyalji sendromlu hastaların ve kontrol grubunun serum total oksidan/antioksidan ve nitric oksit düzeylerinin karşılaştırılması. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2008.
31. Karwautz A, Wöber C, Lang T, Böck A, Wagner-Ennsgraber C, Vesely C, Kienbacher C, Wöber-Bingöl Ç. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: a controlled study and review of the literature. *Cephalalgia* 1999 19: 32.
32. Sağlam S. Gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarla fibromiyalji sendromlu hastaların ve kontrol grubunun serum adrenomedullin ve kalsitonin gen ilişkili peptid düzeylerinin karşılaştırılması. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2008.
33. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Subaşı N. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005, 25: 663-668.
34. Hansen P, Ramadan N, D'amico D, Diener HC, Hansen JM, Minet ML. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: Third edition. A guide for investigators. *Cephalalgia* 2012 32: 6.
35. Suijlekom HA, Lame I, Suzanne GM, Kessels AGH, Weber WE. Quality of life patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients with migraine or tension-type headache. *Headache* 2003; 43: 1034-1041.

36. Koltarla S. Taksim eğitim ve araştırma hastanesi personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
37. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BA11* 992; 305: 1074-7.
38. Milde-Busch A, Heinrich S, Thomas S, Kühnlein A, Radon K, Straube A, Bayer O. Quality of life in adolescents with headache: Results from a population-based survey. *Cephalalgia* 2010 30: 713.
39. Bussone G, Usai S, Grazi L, Rigamonti A, Solari A, D'Amico D. Disability and quality of life in different primary headaches: results from Italian studies. *Neurol Sci* (2004) 25: S105–S107.
40. Bruijn J, Arts WF, Duivenvoorden H, Dijkstra N, Raat H, Passchier J. Quality of life in children with primary headache in a general hospital. *Cephalalgia* 2009 29: 624.
41. Hoppe A, Weidenhammer W, Wagenpfeil S, Melchart D, Linde K. Correlations of headache diary parameters, quality of life and disability scales. *Headache* 2009; 49: 868-878.
42. Raggi A, Leonardi M, Bussone G, D'Amico D. Value and utility of disease-specific and generic instruments for assessing disability in patients with migraine, and their relationships with health-related quality of life. *Neurol Sci* (2011) 32: 387–392.
43. Leonardi M, Raggi A, Bussone G, D'Amico D. Health-Related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache* 2010; 50: 1576-1586.
44. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain* 89 (2001) 285-292.
45. Buse DC, Rupnow MFT, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84(5): 422-435
46. Keskin D, Uçan H, Bababoğlu S, Akbulut L, Eser F. Karpal tunel sendromlu hastalarda klinik, elektromiyografik bulguların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28.
47. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20 (3): 205-212.
48. www.sf-36.org/tools/sf36.shtml
49. Ware JE. SF-36 Health survey update. *Spine*, Volume 25, Number 24, 2000.
50. Hays RD, Hahn H, Marshall G. Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Volume 83, Issue 12, Supplement, 2002, 4-9
51. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat A. Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi ve bazı semptomlarla ilişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2010; 16(1) : 10-14.
52. Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal ÜS, Toktaş H, Kavuncu V. Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Genel Tıp Derg* 2009; 19(3): 99-104.

53. Gökçay S. Böbrek nakil hastalarında yaşam kalitesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Samsun, 2009.
54. Çelik O. Glokom hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İzmir, 2008.
55. Alay H. kronik hepatit-B ve kronik hepatit-C'de interferon alfa tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2011.