

# Baş ağrıları Migrenöz Semptomlar Taşıyan Hastalarda İlk Görüşmede Tanı Konulmasında Karşılaşılan Güçlükler

H. Macit Selekler\*, Sezer Komsuoğlu\*\*

**Amaç:** Baş ağrılı hastalara ilk görüşmede Uluslararası Baş ağrısı Derneği (International Headache Society; IHS) kriterlerine göre tanı koymak mümkün olmayabilir. Hastaların takiplerinde tanılarının ne oranda netleştirilebileceği bu çalışmada araştırılmıştır.

**Metod:** Baş ağrılı migrene ait semptomlar içeren ve ilk görüşmede klinisyen tarafından kuvvetle migren tanısı düşünülen, ancak IHS'ye göre "migren" tanı kriterlerini karşılamayan ve IHS 13 ve 1.7 numaraları ile kodlanan 22 hasta izlenmiştir.

**Bulgular:** Bu hastalar içinden 6 hasta kontrol muayenelemesine gelmedikleri için kesin tanılar konulamamıştır. En az 3 ay süre ile takip edilen 16 hastadan 4'üne kontrol muayenelerinde bildirdikleri atak özellikleri 7'sine baş ağrısı günlüğü aracılığı, 5'ine ise ampirik tedavi uygulanarak tanılar hakkında daha kesin kanı elde edilmiştir.

**Sonuç:** İlk görüşmede tanı koyma güçlüğü ile karşılaşılan hastaların belli sürelerle izlenmesi gerekmektedir; bu sebeple hastalara kontrol muayenelerinin önemi vurgulanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** migren, IHS kriterleri

## Diagnostic Difficulties in the First Interview with Patients Whose Headaches Have Migrainous Symptoms

**Objective:** It could not be possible to diagnose headache patients according to IHS criteria in the first interview. In this study, rate of ending up with the definite diagnosis was investigated in the follow-up of these patients.

**Methods:** The twenty two patients taken in this study suffered from headaches which include migraine symptoms and the clinician strongly considered migraine diagnosis. However, the headache symptoms of these patients didn't meet the migraine criteria of IHS and they were coded 13 and 1.7 according to IHS criteria.

**Results:** Because of these patients did not attend the follow-up examinations, a definite diagnosis could not be established. Among the 16 patients who were followed for at least three months, more precise conclusions about diagnosis were obtained in 4 of them by attack peculiarities that they reported during the following interviews, in 7 by headache diary and in 5 by empirical therapy.

**Discussion:** Patients whose headache type cannot be identified during the first interview should be followed within certain periods and patients should be encouraged for follow-up examinations.

**Key words:** migraine, IHS criteria

\* Yard. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kocaeli.

\*\* Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kocaeli.

## Giriş

Tanı güvenilirliği; klinisyenler arasında iletişim kurmak,<sup>1</sup> yeni tedavilerin etkinliğini anlamak, biyolojik marker' ların tespiti ve epidemiyolojik araştırmalar için esastır.<sup>2</sup> Primer baş ağrısı sendromlarının kesin tanısına ulaşılmasında karşılaşılan güçlükler başlıca üç ana faktörden kaynaklanır:

1. Kriterlerin netlikten uzaklığı
2. Hastadan alınan bilgilerin birbirini tutmaması
3. Toplanan bilgilerin klinisyenler tarafından farklı farklı yorumlanması.<sup>3</sup>

Tanı kriterlerinin net olmayışı ve yoruma açık olması nedeniyle hastalar farklı tanıları alabilmektedirler. İlk defa 1962'de uygulamaya giren Ad Hoc komitesi kriterleri, karşılaşılan bu sorunun en uç formunu temsil etmektedirler. Bu kriterler baş ağrısı özelliklerinin "genellikle" veya "sıklıkla" gibi müphem terimlerle sorgulanmasına izin veriyor; hiçbir özgül semptomun varlığını şart koşmuyor,<sup>3</sup> bu sebeple de tanı büyük oranda klinisyenin inancı ve tecrübelerine dayanıyordu.<sup>4</sup>

IHS kriterlerinin geliştirilmesi, kriterlerdeki netliği sağlamak açısından çok önemli bir adım sayılsa da, halen bu alanda ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca hastadan toplanan bilgilerin güvenilirliği ve bunların yorumlanması konusunda da IHS'nin katkısı fazla değildir.<sup>3</sup>

Bu çalışmanın amacı, IHS kriterleri çerçevesinde, subjektif yaklaşımlardan uzak kalarak, ilk görüşmede tanı koyulabilen ve koyulamayan hastaların oranını

saptamak ve takip eden görüşmelerde tanıları daha da netlik kazanan hastalara ne gibi yöntemler uygulanarak bu sonuçların elde edilebileceğini tartışmaktır.

## Yöntem

Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, "Baş Ağrısı Polikliniği"ne 30.5.2001-12.5.2002 tarihleri arasında başvuran; tek taraflı baş ağrısı, zonklayıcı nitelik, fiziksel efor ile baş ağrısında artış, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi migrenöz semptomlar içeren 126 hasta değerlendirildi. IHS "aurasız migren" kriterlerine (Tablo 1) uymayan; ilk görüşmede IHS kriterlerine göre "migrenöz baş ağrısı" (IHS kod 1.7) (Tablo 2) tanısı konulan ve "migrenöz" özellikler taşıyan ancak "sınıflandırılmayan baş ağrıları" (IHS kod 13) grubuna dahil olan hastalar çalışmaya alındı.

Baş ağrısı polikliniğine başvuran hastalar için standart bir form dolduruldu. Bu formda, baş ağrılarının başlangıç zamanı, süresi, lokalizasyonu, niteliği, şiddeti, fizik aktivitelerle ilişkisi ve bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi eşlik eden bulguları sorgulandı. Şiddet; ağrının günlük aktivitelere etkisi şeklinde (günlük aktiviteleri engellemeyen, engelleyen ve tamamen ortadan kaldıran) derecelendirildi.

Ayrıca ağrının yayılımı, ağrıyı başlatan, artıran ve azaltan faktörler yanında; ailede baş ağrısı hikayesi, adet dönemleri ile ilişkisi, o güne kadar almış olduğu tedaviler ve neticeleri, kişinin kronik veya akut bir hastalığı olup olmadığı, kullandığı diğer ilaçlar, alışkanlıkları hakkında da bu form ile bilgi toplandı. Fizik ve/ve-

Tablo 1: IHS - aurasız migren kriterleri

IHS 1.1 ( aurasız migren) tanı kriterleri:

- A. B-D'ye uyan en az 5 atak
- B. (Tedavisiz veya başarısız tedavi ile) 4-72 saat süren baş ağrısı atakları\*
- C. Baş ağrısında aşağıdaki özelliklerden en az ikisi bulunur:
  1. Unilateral lokalizasyon
  2. Zonklayıcı nitelik
  3. Orta veya şiddetli derecede ağrı (günlük aktiviteleri bozar veya ortadan kaldırır)
  4. Merdiven çıkma veya benzeri günlük aktivitelerle ağırlaşma
- D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az biri:
  1. Bulantı ve/veya kusma
  2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Aşağıdakilerden en az biri:
  1. Hikaye, fizik ve nörolojik muayene 5-11 grubunda sınıflanan bozukluklardan birini telkin etmez.
  2. Hikaye ve /veya fizik ve/veya nörolojik muayene bu hastalıklardan birini telkin eder, fakat bu olasılık uygun incelemelerle ortadan kaldırılır.
  3. Böyle bir hastalık mevcuttur, fakat migren atakları, ilk olarak bu hastalıkla yakın zamansal ilişki göstererek ortaya çıkmamıştır.

Tablo 2: IHS - migrenöz başağrısı kriterleri

## 1.7 Migrenöz başağrıları

Tanım: Migren'in bir formu olduğuna inanılan, fakat migren formlarından hiçbirinin "geçerli" tanı kriterlerine tam olarak uymayan başağrısı atakları.

- A. Bir ya da birden çok migren formunun kriterlerine, bir kriter hariç, uygunluk  
B. Gerilim tipi başağrısı kriterlerine uygun olmama

Açıklama: Migren tanı kriterlerine uyan tipik atakları olan, fakat atakları yeterli sayıya ulaşmamış olan, fakat migren kriterlerinden, diğerlerini doldurduğu halde, birini eksik bırakan hastalar bu grupta kodlanmalıdır.

ya nörolojik bulgularının sekonder bir baş ağrısını düşündürmesi halinde (IHS'ye göre 5-11 grubu)<sup>5</sup> bu olasılık gerekli tetkikler ile dışlandı.

İlk görüşmede tanı konulamayan hastalara baş ağrısı günlüğü verildi. İzleyen görüşmelerde baş ağrısı günlüğünü dolduramayan hastalardan, önceki görüşmelerde net olarak yanıtlandıramadıkları noktalara, baş ağrısı sırasında özellikle dikkat etmeleri ve bilgi toplamaları istendi. Buna rağmen net cevaplar veremeyen, birinci derece akrabalarında benzer şikayetler bulunan ve menses döneminde ağrı sıklığı ve şiddeti artan hastalara tanısız amaçlı, atak sırasında kullanmak üzere triptan grubu ilaçlar verildi. Bu hastalar en az 3 ay boyunca takip edildi.

### Bulgular

İlk görüşmede net tanı konulamayan hastaların 17'si kadın, 5'i erkek ve yaş ortalamaları 30.00 idi (min=16; max=50). İlk görüşmede hastaların vermiş oldukları "olabilir", "belki", "bazen" gibi net olmayan cevaplar nedeniyle "migren" tanısını koymanın mümkün olmadığı 22 hastanın IHS "migren" kriterlerine uymadığını ancak migrene ait özellikler içerdiklerini gördük (Tablo 3).

IHS kriterlerine göre, 22 hastanın 16'sı "migrenöz baş ağrıları" grubuna (kod 1.7);<sup>5</sup> 6 tanesi "sınıflandırılmayan baş ağrıları" grubuna<sup>5</sup> (kod 13) giriyordu.

IHS'ye göre 1.7 kodu altında sınıflanan hastalar içinden 2'si (hasta no. 9 ve 19), kontrol muayenelerine gelmedi. 1.7 olarak kodlanan hastalardan 4'ünün (hasta no. 1, 4, 10, 18) izleyen görüşmelerde bildirdiği atak özellikleri "migren" kriterlerini karşıladığını görüldü. Yedi hastanın (hasta no. 2, 5, 8, 12, 15, 16, 20) baş ağrısı günlükleri incelendiğinde en az 1 atakta IHS "migren" kriterlerini karşıladığı tespit edildi. Tanısız amaçla triptan verilen 3 hastadan 2'si (hasta no. 7, 17) aldıkları ilacın ağrıları kestirdiğini, 1 hasta ise (hasta no. 11) ilaçtan faydalanmadığını bildirdi (Tablo 4).

Tablo 3: Mevcudiyeti kesin olan ve olmayan IHS kriterlerinin ve buna göre hastaların IHS'ye göre nasıl kodlandığı

Hasta Kod No.	Mevcudiyeti kesin kriterler	Netlik sağlanamayan kriterler	Mevcut olmadığı bilinen kriterler	IHS sınıfı
1	A,B,C-2,3,4,	D-1	D-2	1.7
2	A,B,C-1,2,3,4	Yok	D-1,2	1.7
3	A,B	C-1,3,4; D-1	C-2; D-2	13
4	A,B,C-2,3	C-4; D-1,2	C-1	1.7
5	A,B,C-2,3,4	D-1,2	C-1	1.7
6	A,B,C-1	C-2,3,4; D-1,2	Yok	13
7	A,B,C-1,2,3,4	Yok	D-1,2	1.7
8	A,B,C-1,2,3,4	Yok	C-1; D-1,2	1.7
9	A,B,C-2,3,4	B	C-1,4	1.7
10	A,C-2,3; D-1,2	C-1; D-1	D-2	1.7
11	A,B,C-2,3,4	D-2	D-1	1.7
12	A,B,C-2,3	C-2,3; D-1,2	Yok	1.7
13	A,B,C-1,4	C-2; D-1,2	C-1,4	13
14	A,B,C-3	C-2; D-1	C-1,4; D-2	13
15	A,B,C-3	C-2,3,4	C-1; D-1	1.7
16	A,B,D-2	D-2	C-1,2; D-1	1.7
17	A,B,C-3,4	Yok	D-1,2	1.7
18	A,B,C-1,2,3,4	D-1,2	Yok	1.7
19	A,B,C-2,3	D-1	D-2	1.7
20	A,B,C-1,4	C-2,3; D-1,2	Yok	1.7
21	Yok	C-1,3,4; D-1,2	C-2	13
22	A,B,C-3	C-2	C-1,4; D-1,2	13

Kod 13 grubuna dahil olan hastalardan ise 4'ü (hasta no. 3, 6, 14, 22) bir daha kontrole gelmedi. IHS'ye göre kod 13 grubuna dahil olan 1 kadın hastada (hasta no. 13) hem anne hem de kızkardeşlerinde benzer baş ağrılarının bulunmasından; diğer kadın hastada ise (hasta no. 21) annesinde benzer şikayetin bulunması ve adet dönemlerinde baş ağrısı şiddet ve sıklığının artması sebebi ile baş ağrısı ataklarının ataklarının triptana cevabı sınıandı ve her hastada ilaca karşı en az 2 atakta olumlu yanıt alındı (Tablo 4).

### Tartışma

1962'de yayınlanan Ad Hoc Komitesi "Baş Ağrılıları Sınıflaması" fazla sayıda "sıklıkla", "genellikle", "çoğunlukla", "nadiren", "ve/veya" gibi müphem terimler

Tablo 4: İzlenen 16 hastanın tanılarının netleştirilmesinde kullanılan yöntemler

Hasta Kod No.	Baş ağrısı günlüğü	İzleyen görüşmeler	Triptan'lara cevap	IHS sınıfı
1	Elde edilemedi	+	sinanmadı	
2	+	y.o. kullanılmadı*	sinanmadı	1.7
4	Elde edilemedi	+	sinanmadı	1.7
5	+	y.o. kullanılmadı	sinanmadı	1.7
7	Elde edilemedi	y.o. kullanılmadı**	+	1.7
8	+	y.o. kullanılmadı -	sinanmadı	1.7
10	Elde edilemedi	+	sinanmadı	1.7
11	Elde edilemedi	y.o. kullanılmadı	(-) cevap	1.7
12	+	y.o. kullanılmadı	sinanmadı	1.7
13	Elde edilemedi	y.o. kullanılmadı	+	1.7
15	+	y.o. kullanılmadı	sinanmadı	13
16	+	y.o. kullanılmadı	sinanmadı	1.7
17	Elde edilemedi	y.o. kullanılmadı	+	1.7
18	Elde edilemedi	+	sinanmadı	1.7
20	+	y.o. kullanılmadı	sinanmadı	1.7
21	Elde edilemedi	y.o. kullanılmadı	+	13

\* yöntem olarak kullanılmadı

\*\* yöntem olarak kullanılmadı

ıçeriyordu.<sup>6</sup> Hiç bir özgün semptom, tanının koyulmasında veya dışlanmasında açık olarak belirtilmiyordu. Neticede, klinisyenler kendi tecrübeleri ve inanışları doğrultusunda kriterleri yorumlamakta özgür kalıyorlardı. Yorumlardaki değişiklikler farklı tanıları koyulmasına yol açıyordu.<sup>3</sup>

IHS kriterleri, Ad Hoc kriterlerinde karşılaşılan problemleri minimize indirmek için düzenlenmiş olsa da bazı noktalarda yine aynı sorunlarla karşılaşılmasına yol açıyordu. Çünkü tanı halen semptomların yorumlanmasına dayanıyordu.<sup>3</sup>

Bu nedenle klinisyenin, hikaye alırken konuya açıklık getirecek bazı özel sorular düşünüp bulması, bu sorulara aldığı cevapları yorumlaması ve kriterlere uyarlaması gerekmektedir. Yarı-yapılandırılmış (semi-structured) görüşme; tanı kriterlerinin sistematik olarak sorulması ile klinik değerlendirmenin daha esnek test yöntemlerinin birleştirilmesini sağlamaktadır. Sorulması zorunlu sorular yanında, klinisyen elde edilen bilginin doğruluğunu tespit için izleyen ilintili sorular sormakta serbesttir.<sup>3</sup> Örneğin; ünilateral ağrının tanımlanması tam açık değildir. Ağrı tamamen ünilateral olabileceği gibi; önce tek tarafta başlayıp, sonra bilateral hale gelebilir; ağrı başlangıçtan itibaren bilateral niteliklidir ancak tek taraf daha fazla ağrıyor veya tek taraflı periyodik şiddetlenmeler gösteriyor olabilir.<sup>2</sup> Ağrı sırasında etkin bir şekilde tedavi gören hastalar atak süresi sorulduğunda, yarım veya 1 saat şeklinde yanıtlayabilirler. Çünkü rahatsız edici semptomları azalmış veya

kaybolmuş ve hasta günlük aktivitelerini sürdürebilecek hale gelmiştir.<sup>7</sup>

Tanı koymadaki güçlük bazen hastalardan kaynaklanır. Ağrılı olayların netlikle hatırlanamaması belki de genel bir fenomen olarak kabul edilebilir.<sup>8</sup> Hastalar değişik zamanlarda sorulan sorulara değişik cevaplar verebilirler. Burada karşılaşılan problem yanlış-pozitif veya yanlış-negatif semptom bildirileridir. Bunlar, çeşitli nedenlerden kaynaklanırlar. Hasta ya soruyu anlamamıştır, ya da lisan bilgisi zayıftır; bazen sorulan sorular hastanın yaşam tarzı ile bağdaşmıyor olabilir (çikolata, salam, sosis yemek; kırmızı şarap içmek vb.) Bazen hastalar, sadece en son veya en şiddetli atakları hakkında bilgi verirler. Eğer hasta vizüel auranın psikojik bir bozukluk sonucu oluştuğuna inanıyor ise bunu açıklamaktan sıkıntı duyabilir. Dikkat zayıflığı veya aşırı yorgunluk hasta tarafından soruların yanlış anlaşılmasına yol açabilir.<sup>3</sup>

Klinisyen, ne zaman daha fazla soru sorulup ne zaman sorulmayacağı hakkında; cevapların doğruluğunun araştırılması sırasında hastayı incitmeye ve daha önemlisi, güvenilir cevaplar gelmediğinde artık durması gerektiği hakkında duyarlı olmalıdır. Bir kriterler dizisini kullanmak, klinisyeni sorulan her soruya cevap almayı zorunlu kılar. Cevaplandırılmayan her soru, hem soranda hem de cevaplandıramayanda sıkıntı yaratır. Bu durumda sorular değişik yollarda sorulabilir veya görüşme bir sonraki tarihe ertelenebilir.<sup>7</sup> İlk görüşmedeki tanı koyma gücüğü, hastadan veya bizden kaynaklanmış olabilir.

Hastaların sorulara verdikleri cevaplardaki değişiklikler ve klinisyenlerin aldıkları cevapları farklı yorumlamaları, konu üzerinde çalışanların özel bir eğitim alması ile bir dereceye kadar çözümlenebilir.<sup>3</sup> Bu sebeple Solomon ve Lipton, IHS kriterlerinin, baş ağrısı ile özel olarak ilgilenen kliniklerde kullanılmasının daha yararlı olacağını savunmaktadırlar.<sup>9</sup>

Bazı hastalar direkt cevaplar vermekten yoksundurlar. Şunu da kabul etmeliyiz ki, bazı özgün sorulara cevap alamayabiliriz. İzlenecek diğer yöntem, hastaya bir çizelge vererek baş ağrılarını gün gün kaydetmesini istemek olabilir.<sup>7</sup> Yukarıdaki paragraflarda bahsettiğimiz çekincelerden dolayı, ilk görüşmede net cevaplar alamadığımız hastalara "baş ağrısı günlüğü" verildiği takdirde daha net cevaplar elde edilebileceği açıktır. Baş ağrısı günlüğünün avantajı, atakların günü gününe not edilerek, hastanın geriye dönük verdiği bilgilerin muğlaklığından doktoru kurtarmasıdır.<sup>10,11</sup> Önerildiği gibi

baş ağrısı günlüğü ile anamnez bulgularının birleştirilmesi, hasta hakkında daha net bilgi edinmemizi sağlayacaktır.<sup>12</sup>

Tanı koyma gücünün kaynağı olarak IHS kriterlerinin yetersizliği üzerinde de durulmaktadır. Bazı yazarlar IHS kriterlerinin primer baş ağrılarını sınıflamadaki yetersizliğinden; gerçekte migreni olan hastaların önemli bir kısmının kriterler dışında kaldığını<sup>13</sup> ya da hastaların çoğunlukla birbirleri ile örtüştüğünü bildiriyorlardı.<sup>14</sup> Merikangas ve ark. IHS kriterlerinin de genel popülasyondaki küçük migrenli bir grubu temsil ettiğini, bu kriterlerin genel popülasyonda güvenilirlik ve geçerliliğinin yapılması gerektiğini vurguluyorlardı.<sup>14</sup>

Sjaastad ve Stovner, kriterlere "aile hikayesi" nin de eklenmesini öneriyorlardı.<sup>15</sup> Salomon ve ark. ise, bulantı ve/veya kusma, tek taraflı ağrı, zonklayıcı özellik, fotofobi veya fonofobi ile beraber, 5. madde olarak menses ile artış ve aile hikayesinin kriterlere eklenmesini önermişlerdir. Ayrıca atağın ergotamin veya sumatriptana verdiği cevabın bir kriter olarak kullanılabileceğini savunanlar da vardır.<sup>16</sup> Blau, hastalar sınıflandırılmadığında, belli bir tedavi uygulayarak, buna alınan cevabın gözden geçirilmesi önermektedir.<sup>7</sup>

İzlediğimiz 16 hastanın tanısı hakkındaki kanı gerek izleyen görüşmelerle, gerek hastanın baş ağrısı günlüklerinin incelenmesi ile, gerekse de ampirik tedavi ile güçlendirilmiştir (Tablo 4). Çünkü; izlediğimiz süre içinde baş ağrısı günlüklerindeki IHS "migren" kriterlerine uyan atak sayısı ve tanısız amaçla triptan kullanılan hastalarda triptana alınan olumlu netice 5 atak sayısına ulaşmadığı için (A kriteri) hasta IHS "migren" kriterlerini karşılayamamış olarak kalmış olup; 5 hasta ile izleyen görüşmelerde IHS kriterlerine uygunluk halen hastanın verdiği retrospektif bilgiye bağlı olduğu için güvenilirliği tartışmaya açıktır.

Major baş ağrısı sendromları, diğer nörolojik hastalıklardan ziyade daha çok psikiyatrik hastalıklara benzerler. Çünkü; klinik görünimleri ataktan atağa değişir, patognomonik semptomları veya "biyolojik marker" ları yoktur;<sup>17</sup> tanı özellikle belirti ve semptomların klinik değerlendirmesine ve kümelenmesine dayanır.<sup>14,17</sup> Tüm ağrılı sendromlar için geçerli olmak üzere, ağrılı olaylar net hatırlanamayabilir. Deneysel çalışmalardan farklı olarak, klinik çalışmaların temelini hastalar oluşturur ve bu sebeple bazen bilimsel kuralların izlenmesi güçleşebilir.<sup>18</sup> Rasmussen, primer baş ağrılarının birbirinden ayırımının önemini, bazı ilaçların migrene özgün olmasından kaynaklandığını vurgulamaktadır. Leston

ise, pratikte çeşitli baş ağrısı tiplerinin tedavilerinin benzer olduğunu, özgün semptomlara bakılmaksızın etkili biçimde tedavi edilebileceklerini savunmaktadır.<sup>19</sup> Burada düşünmemiz gereken, hastanın doktora başvuru nedeni, kriterleri karşılamak veya baş ağrısının sınıflandırılması değil, doktorun yardımına duyduğu ihtiyaçtır.

İncelediğimiz grupta, hastaların 1/6'sına ilk görüşmede tanı koymak mümkün olmamış; kontrole düzenli olarak gelen hastaların ise tanılarının daha da netleştirilmesi için ise belli sürelerle takiplerine gerek duyulmuştur. İlk görüşmede tanı koyulmasında güçlük çekilen hastaların görüşmeleri daha sağlıklı veri toplamak için bir ileriki tarihe ertelenmesinde veya hastaya baş ağrısı günlüğü verilmesinde fayda vardır.<sup>7</sup> Ancak tanı koymada IHS kriterlerinin bazı noktalarda yetersiz kaldığı üzerinde de durulmalıdır.<sup>2,13</sup> Aile hikayesi,<sup>15</sup> menses ile artış ve atağın ergotamin veya sumatriptana verdiği cevabın<sup>16</sup> kriter olarak kullanılması da savunulmaktadır. Takip ettiğimiz grup içindeki 5 hastaya atak sırasında kullanmak üzere triptan grubu ilaçlar verilerek, tanılarının netleşmesi konusunda mesafe alınmıştır.

Çalışmamızda sunulduğu gibi en önemli faktör, tanının netleşmesi için, hastanın belli sürelerle takibidir. Hastalara gerçekçi yaklaşımlar sunarak, tedavilerinde başarı sağlamanın zaman gerektirebileceğini, bu nedenle klinik takipte kalmalarının gerektiğini vurgulamalıyız. Biz de Packard gibi<sup>22</sup> baş ağrısı tedavisinde "hastadoktor" ilişkisinin anahtar olduğu kanısındayız.

#### Kaynaklar

1. Penzien DB, Andrew ME, Knowlton GE ve ark. Computer-aided system for headache diagnosis with the IHS headache diagnostic criteria: Development and validation. *Cephalalgia* 1991; 11 (suppl 11): 325-26.
2. Lipton RB, Stewart WF. Evaluating the IHS criteria. *Cephalalgia* 1994; 14: Editorial commentary.
3. Lipton RB, Stewart WF, Merikangas KR. Reliability in headache diagnosis. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 29-33.
4. Iversen HK, Langemark M, Andersson PG ve ark. Clinical characteristics of migraine and episodic tension type headache in relation to old and new diagnostic criteria. *Headache* 1990; 30: 514-9.
5. Çelebi A, Özcan H. Baş ağrıları, kranial nevraljiler ve yüz ağrılarının sınıflanması ve tanı kriterleri. Uluslararası Baş ağrısı Derneği, Baş ağrıları Sınıflama Komitesi. Orhanlar matbaası, 1990.
6. Bruyn GW. Headache classification: status praesens. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 13-7.
7. Blau JN. Diagnosing migraine: are the criteria valid or invalid? *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 21-4.
8. Jes Olesen. Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. *Headache* 1978; 18: 268-71.

9. Solomon S, Lipton RB. A headache clinic-based approach to field trials of the International Headache Society criteria. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 63-5.
10. Cohen MJ, McArthur DL. Classification of migraine and tension headache from a survey of 10,000 headache diaries: *Headache* 1981; 21: 25-9.
11. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. *Headache* 1991; 31: 290-5.
12. Pearce JMS. Are the International Headache Society criteria for headache useful? *Cephalalgia* 1996; 16: 290-4.
13. Cady RK, Gutterman D, Saiers JA et al. Responsiveness of non-IHS migraine and tension-type headache to sumatriptan. *Cephalalgia* 1997; 17: 588-90.
14. Merikangas KR, Whitaker AE, Angst J. Validation of diagnostic criteria for migraine in the Zürich longitudinal cohort study. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 47-53.
15. Sjaastad O, Stovner JL. The IHS classification for common migraine. Is it ideal? *Headache* 1993; 33: 372-5.
16. Solomon S, Cappa KG, Smith CR. Common migraine: Criteria for diagnosis. *Headache* 1988; 28: 124-9.
17. Merikangas KR, Frances A. Development of diagnostic criteria for headache syndromes: lessons from psychiatry. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 34-8.
18. Wilkinson M. The need for interaction between the "top-down" and "bottom-up" approaches to migraine. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12): 25-6.
19. Tietjen GE. The primary headache disorders - apple sauce or fruit cocktail? *Cephalalgia* 1996; 16: 224.
20. Stark R, Dahlöf C, Haughe S et al. Efficacy, safety and tolerability of oral eletriptan in the acute treatment of migraine: Results of phase III, multicentre placebo controlled study across three attacks. *Cephalalgia* 2002; 22: 23-32.
21. Lassen LH, Haderslev PA, Jacobsen VB et al. CGRP may play a causative role in migraine. *Cephalalgia* 2002; 22: 54-61.
22. Packard RC. What does the headache patient want? *Headache* 1979; 19: 370-4.