

## BAŞ AĞRISI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

### ÖZET

**AMAÇ:**Baş ağrısı olan hastaların değerlendirilmesi büyük ölçüde öyküye dayanır. Bu makale, birincil ve ikincil baş ağrısı bozukluklarının teşhisine yönelik temel soruları, her biri için bir gerekçeyle ve elde edilen bilgileri ve hastanın deneyimini optimize edecek ifadelerle gözden geçirmektedir.

**SON GELİŞMELER:** Klinisyenler ve hastalar için çevrimiçi kaynakların kullanılabilirliği artmaya devam ediyor, bunlar arasında hasta yanıtlarına dayanarak bir teşhis ve rapor üreten yapay zeka kullanımı da bulunmaktadır. Hasta dostu baş ağrısı uygulamaları, tedavi yanıtını takip etmeye, tetikleyicileri belirlemeye ve eğitici bilgiler sağlamaya yardımcı olan listeler içerir.

**ÖNEMLİ NOKTALAR:** Öykü alımı sırasında çevrimiçi kaynakları ve gerektiğinde diğer teknolojileri entegre eden yapılandırılmış bir yaklaşım, doğru bir teşhis yapmayı kolaylaştırır ve çoğu zaman gereksiz testlerin yapılmasını ortadan kaldırır. Ayrıntılı ancak empatik bir yaklaşım, kişilerarası becerileri entegre etmek, ilişki kurmayı ve güveni artırır; her ikisi de başarılı tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır.

### GİRİŞ

Baş ağrısı tanısı nörolojinin diğer alanlarına göre daha fazla hastanın öyküsüne dayanır. Laboratuvar testleri ve görüntüleme çalışmaları ikincil bir baş ağrısı bozukluğunu teşhis etmeye yardımcı olsa da, tüm baş ağrısı çeşitleri büyük ölçüde öyküye dayanarak teşhis edilir. Diğer nörolojik hastalıklardan farklı olarak, bazı baş ağrısı koşullarının teşhisi, öykü ve nörolojik muayenenin endişe verici anormallikler göstermediğini doğrulamanın ötesinde başka bir test gerektirmez.

Poliklinik ortamında görülen baş ağrısı olan hastaların büyük çoğunluğu, en sık migren olmak üzere birincil bir baş ağrısı bozukluğuna sahiptir. Ancak, öykü ve muayenenin bazı yönleri ikincil bir nedenin olasılığını artırır. Bu nedenle, baş ağrısı olan hastaları değerlendirirken dikkatli olmak ve endişe verici etiyolojiler için tetikte olmak kritik öneme sahiptir.

Baş ağrısı uzmanları, ilk poliklinik ziyaretinde genellikle en az 30 ila 40 dakika öykü alır. Bunun zorlu bir görev olduğu düşüncesi, özellikle de zaman kısıtlamalarının olduğu yoğun bir muayenehanede ürkütücü olabilir. Ayrıca, belirli karmaşık baş ağrısı bozuklukları için gereken bilgi miktarı çok fazla görünebilir. Baş ağrısı öyküsü almak, bir beceri olduğu kadar bir sanattır; hastayla ilişki kurma ve bir konuşmadan gerekli bilgileri alma yeteneği, pratik ve deneyimle gelişir.

Bu makale, yetişkinlerde ayakta tedavi ortamında baş ağrısı öyküsü almanın mantıklı ve sistematik bir yaklaşımına, belirli teşhisleri şüphelendiğinde sorulacak temel sorulara ve ziyareti daha verimli ve üretken hale getirmek için ziyaret öncesi dahil edilecek araçlara ve tekniklere odaklanmaktadır. Çocuklarda ve ergenlerde baş ağrısı tedavisi hakkında bilgi için, bu sayının "Çocuklarda ve Ergenlerde Baş ağrısı" başlıklı makalesine bakınız.

Bazı temel baş ağrılarına (örneğin, gerilim tipi, migren, küme baş ağrısı) yönelik tanı kriterlerinin arka plan bilgisine sahip olmak, görüşmeyi yönlendirmeye yardımcı olur. Uluslararası Baş ağrısı Bozuklukları Sınıflaması Üçüncü Baskısı (ICHD-3), birincil ve ikincil bozukluklar için tanı kriterlerini, her iki tip için de formüle edilmiş bir yapıda detaylandırır. Klinik olarak, baş ağrısı olan bir hastayı değerlendirirken bazen ikincil bir bozukluğu dışlamak için "dışlama" testleri gereklidir, ancak birincil baş ağrısı bozukluklarının teşhisi esas olarak öyküye dayanır:

#### Önemli noktalar:

Primer baş ağrısı bozuklukları ayakta tedavi ortamında en sık karşılaşılan türlerdir. Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırmasının Üçüncü Baskı (ICHD-3) en yaygın baş ağrısı türlerine ilişkin kriterlerine ilişkin temel bilgi, görüşme sırasında sorgulama hattını yönlendirmeye yardımcı olur.

- Baş ağrısı bozukluğunu teşhis etmek için gerekli olan yaşam boyu atak sayısı
- Baş ağrısının gerektirdiği minimum karakteristikler
- İlişkili semptomlar için minimum gereksinimler (örneğin fotofobi, mide bulantısı, trigeminal otomatik özellikler)
- Başka bir ICHD-3 bozukluğuna atfedilemez

Hastalığı teşhis etmekle, baş ağrısı fenotipini teşhis etmek aynı şey değildir. Tek bir aurasız migren atağı ("Bir migreniniz oldu.") hastalığa sahip olma kriterlerini karşılamaz, en az yaşam boyu beş atak gerektirir ("Migreniniz var.").

İkincil baş ağrılarının da ortak bir tanı yapısı vardır:

- Hastanın bir baş ağrısı vardır (bu daha fazla açıklanabilir)
- İkincil bir neden teşhis edilmiştir (örneğin intrakraniyal basınç artışı, subaraknoid kanama, tümör, enfeksiyon, inflamatuvar süreçler)
- Baş ağrısının başlaması ile ikincil teşhis arasında bir zaman ilişkisi vardır
- Altta yatan neden tedavi edildiğinde baş ağrısı iyileşir veya çözülür

Unutulmaması gereken, ICHD-3'ün baş ağrısını değil, altta yatan durumu teşhis etmek için tasarlandığıdır. Birçok ikincil baş ağrısı kriteri, nedenin teşhis edilmesi için gerekli muayene veya tanı testlerinin ayrıntılarını belirtmez.

ICHD-3'ü ezberlemenize gerek yoktur (ichd-3.org adresinde çevrimiçi olarak mevcuttur), ancak en yaygın birincil baş ağrısı bozukluklarını (örneğin, gerilim tipi baş ağrısı, aura-

aurasız migren, küme baş ağrısı) tanımak ve ikincil bir nedeni şüphelenmek için kırmızı bayrakların farkında olmak önemlidir.

## GÖRÜŞMEYİ YÜRÜTMEK

En iyi sonuçlar, hasta ziyareti sırasında baş ağrılarının tek konu olarak ele alındığı durumlarda elde edilir. Bir hasta, farklı bir problem ele alındığı bir ziyaretten çıkarken baş ağrılarından bahsediyorsa, baş ağrılarını tartışmak için ayrı bir ziyaret planlayın. Bu şekilde, hasta bilgilerini hazırlayıp düzenleyebilir, probleme yeterli zaman ayırabilirsiniz ve bu, baş ağrılarının ciddiye alındığı mesajını verir.

**VAKA 1-1** 51 yaşında kadın hasta "göz migreni" nedeni ile kliniğe başvurdu. Baş ağrıları yirmili yaşlarında başlamış ve zaman içinde değişmemişti. Ağrılarını sadece sağ gözü etrafında ve içinde hissettiğini belirtti. Başlangıçtan itibaren 20 dakika içinde dayanılmaz bir ağrıya ulaşan, gözünü dışarıya doğru itiliyormuş gibi bir baskı hissettiğini tanımladı. Baş ağrısına eşlik eden belirtiler arasında fotofobi (sağ gözde daha fazla), bulantı, kusma, ipsilateral konjunktival enjeksiyon ve rinore vardı. Yatmak yardımcı olmuyormuş ve genellikle bir sandalyede otururken yumruğunu göz yuvasına bastırıldığını ifade etti. Oral olarak verilen 100 mg sumatriptan ilacının etkisi sınırlıydı. Baş ağrıları haftada iki veya üç kez meydana geliyor ve toplamda 5 saat sürüyor ve ara ağrı atağı olmuyormuş. Bazen 2:00 ile 5:30 arasında uyandırırılmış ancak tutarlı bir sirkadien patern olmamış. Ağrıları tetiklemesi nedeni ile alkol kullanmayı bıraktı.

Hiperkolesterolemisi kontrol altındaydı ve başka tıbbi sorunu yoktu. Hiç sigara içmemişti. Oğlu benzer baş ağrıları yaşıyordu ve ailede başka bir baş ağrısı öyküsü yoktu. Kullandığı ilaçlar multivitamin, D vitamini takviyesi, günlük olarak atorvastatin ve gerektiğinde oral olarak sumatriptan 100 mg içeriyordu. Önceki akut tedaviler butalbital bileşiği, eletriptan, ibuprofen, naproksen ve asetaminofen, aspirin ve kafein karışımından oluşuyordu ve hepsi etkisizdi. Önceki koruyucu ilaçları topiramet 200 mg günlük (bilişsel fonksiyon bozukluğuna neden oldu), nortriptilin 10 mg (daha fazla arttırılamayacak kadar uyutucu etkisi oldu), sodyum valproat (etkisiz ve kilo artışı nedeniyle kesildi) ve onabotulinumtoksinA'yı içeriyordu ve hepsi etkisizdi. Daha fazla sorgulama sonucunda en şiddetli ağrının 2,5 saat sürdüğü ve 1,5 saat daha devam eden ağrı olduğu ortaya çıktı. Önlem için verapamil günde iki kez 80 mg olarak başlandı ve yavaşça arttırılarak günde iki kez 160 mg'a çıkarıldı, ancak tolere edilemedi kabızlığa neden oldu. Galcanezumab 300 mg deri altı kendine enjeksiyonu aylık olarak başlandı ve baş ağrısı sıklığında ve şiddetinde belirgin bir azalma ile sonuçlandı, bu nedenle verapamil azaltılarak kesildi. Burun spreyi olarak verilen 5 mg zolmitriptan baş ağrı ataklarını kesti.

**YORUM:** Bu vaka, baş ağrısı ağrı paterni (şiddet ve süre) hakkında detaylı bilgi edinmenin, daha önce migren olarak yanlış teşhis edilmiş ve dolayısıyla etkisiz bir şekilde tedavi edilmiş hastada doğru bir teşhise yol açabileceğini örneklemektedir. Hastanın baş ağrıları hem migren hem de küme baş ağrısı özelliklerine sahipti ve Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları

Sınıflandırması, Üçüncü Baskı, küme baş ağrısı için tanı kriterlerini karşılıyordu. Küme baş ağrısı olan hastaların bulantı, kusma ve fotofobi gibi "migren" özellikleri de olabilir.

## İLETİŞİM VE KİŞİLERARASI BECERİLER

Etkili görüşme, iletişim ve kişilerarası becerileri içerir. İletişim becerileri operasyonelleştirilebilir ve bu nedenle bilgisayarlaştırılmış anketler ve yapay zeka uygulamaları, iyi güvenilirlikle bir öykü alabilir, bir teşhis koyabilir ve tedavi önerisinde bulunabilir. Yapılandırılmış görüşmeler, yaygın kronik baş ağrısı türlerinin teşhis edilmesine ve ikincil nedenlerin dışlanmasına yardımcı olabilir. Öte yandan kişilerarası beceriler veya "insancıl nitelikler", ilişkileri içerdiğinden işlevsel hale getirilmesi daha zordur. Etkili kişilerarası beceriler için önemli olan yapılar arasında hastaya saygı göstermek, sözlü ve sözsüz ilgi işaretleri yoluyla tam olarak mevcut olmak ve dikkat etmek ve empati ve gerçek ilgi göstermek yer alır.

Aktif dinleme, hastaya odaklanan bir tekniktir. Bu, hastanın sözlü içeriğini dinlemeyi ve anlamayı, sözsüz mesajları (örneğin, duruş, yüz ifadeleri, ton, gözle görülür tepkiler) yorumlamayı, sosyoekonomik faktörleri (örneğin, kültürel inançlar, diğerlerinden destek erişimi) dikkate almayı ve empati ile dinlemeyi içerir. Hasta tarafından aktarılanı tekrarlamak, empatiyi yansıtmaya yardımcı olur (örneğin, "Migreniniz gerçekten hayatınızı etkiliyor. İşe gidememenize neden oluyor, işiniz tehlikede ve plan yapamıyorsunuz.").

## ÖYKÜ ALMAK

Amerikan Migren İletişim Çalışması, açık uçlu soruların görüşme sırasında, özellikle de engellilikle ilgili olarak en fazla bilgiyi verme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, hastanın hikayeye yaklaşımı, görüşmecinin düşünce süreçlerinden tamamen farklı bir şekilde yapılandırılmış olabilir. Muayene eden, bir teşhis yapmak için baş ağrılarının belirli yönlerini bilmeye ihtiyaç duyar, oysa hasta genellikle baş ağrılarının hayatları üzerindeki etkisini aktarmak ister ve (şaşırtıcı bir şekilde) bir baş ağrısı atağı sırasında yaşadıklarının detaylarına pek dikkat etmemiş olabilir.

## BURAYA GELMENİN ASIL NEDENİ NEDİR?

Asıl sorun, yönlendirilen teşhis değil, hasta kendi kelimeleriyle ifade ettiği sorundur. "Dr. XYZ beni buraya yönlendirdi" bir asıl sorun değildir.

Bir roman veya oyun gibi, açılış cümlesi önemlidir. Analitikten derinlemesine, sıradan ya da duygusal olana kadar, on veya daha az kelimeyle hastanın nereden geldiğini bilirsiniz. Bazı hastalar bir teşhis ararken, diğerleri bir etioloji, prognoz, daha etkili bir tedavi ya da sadece ciddiye alınan ve dinlenen birini arar.

### Önemli noktalar:

- İyi iletişim ve kişilerarası beceriler, aktif dinleme ve sözsüz ipuçlarının farkındalığı, baş ağrısı nedeniyle değerlendirmeye alınan hastalarla empatik ve şefkatli bir sohbet katkısında bulunur.
- Baş ağrısı tanısı koymak için kapalı uçlu sorular gerekli olsa da, Amerikan Migren İletişim Çalışması, açık uçlu soruların genellikle daha fazla zaman tasarrufu sağladığını ve engelliliğe ilişkin kritik bilgiler sağladığını buldu.
- Baş ağrısı olan hastaları değerlendirirken, birincil endişeyi belirlemek ortamı belirler ve görüşmeciyi hastanın hedefleri hakkında hemen bilgilendirir

## **BAŞ AĞRILARINIZ HAKKINDA BANA BİLGİ VERİN**

Bazı hastalar baş ağrısı öykülerine nereden başlayacaklarını bilemezler. Baş ağrılarının zaman içindeki seyrine ilgi duyduğumuz için, onlara baştan başlamalarını isteyin. (Bu yazar ayrıca "Muhtemelen bir noktada sizi kesmek zorunda kalacağım. Lütfen alınmayın; kaba olmaya çalışmıyorum." diye de ekler.). Tedavi arayan birçok yetişkin, çocukluk çağında baş ağrısı yaşamaya başlamıştır. Detayları hatırlamayabilirler ama çoğu, baş ağrılarının yaklaşık olarak sıklığını; herhangi bir uyarıcı semptomu olup olmadığını; karanlık, sessiz bir odada yatmaları gerekip gerekmediğini; mide bulantısı ve kusma yaşayıp yaşamadıklarını; okulu veya etkinlikleri kaçırıp kaçırmadıklarını; baş ağrılarının süresini; ve baş ağrılarını nasıl tedavi ettiklerini hatırlayabilirler. Lokalizasyon ve ağrının niteliğini (örneğin, ağrılı, zonklayıcı, saplayıcı) belirleyebilirsiniz. Kadınlar genellikle adet döngüsü, menopoz veya gebelik ile ilişkili olup olmadığını hatırlayabilir. Bilgi kendiliğinden gelmiyorsa, bilmeniz gerekenleri sadece sorun.

Sonraki adım, zaman içinde ne olduğunu öğrenmektir. Baş ağrıları karakter, süre, yoğunluk veya sıklık açısından değişiklik gösterdi mi? Sıkça, hastalar "daha kötüye gitti" yanıtını verir. Kötüleşmenin başlangıçtaki baş ağrısının yoğunlaşması mı yoksa tamamen farklı bir baş ağrısı mı olduğunu anlamak için "Aynı baş ağrısı ama sesi artmış gibi mi yoksa tamamen farklı bir baş ağrısı mı?" diye sormak yararlı olabilir. O noktada, tam olarak neyin değiştiğini belirlemek için daha yönlendirilmiş sorular sorulabilir.

Bazı insanların birden fazla türde baş ağrısı vardır ve her biri ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Onları (doğru teşhis edilmiş veya edilmemiş olsun, örn. migren, stres baş ağrısı, göz baş ağrısı, hançer baş ağrısı) isimlendirebilirler ve hastanın kendi terminolojisini kullanmak veya onları numaralandırmak (örn; bir numaralı baş ağrısı, iki numaralı baş ağrısı) görüşmeye odaklanmaya yardımcı olur. Hastadan bu durumlarda en şiddetli, en engelleyici, en endişe verici veya en rahatsız edici baş ağrısı türünü önceliklendirmesini isteyin. Bir baş ağrısı atağı öyküsünü alırken, hastadan "tipik bir baş ağrısını başından sonuna kadar anlatmasını; bir atak sırasında yaşadığı her şeyi tanımlamasını" istemek faydalı olur. Hepsiyle ilgilenmek birden fazla görüşme gerektirebilir.

Bu, baş ağrısı fenotipinin çeşitli yönlerinin zamanlaması hakkında ayrıntıları almak için bir fırsattır. Baş ağrısının tanısını koymasına yardımcı olan baş ağrısının bazı özellikleri, başlangıç yaşı, uyarı işaretleri (prodrom veya aura), ağrının yeri, ağrının karakteri, ağrının ilerleme temposu ve zirve yoğunluğa ulaşma zamanı, sirkadiyen patern (örneğin, belirli bir zamanda uykudan uyandırma, uyanır uyanmaz mevcut olma, günün belirli zamanlarında meydana gelme), ilişkili semptomlar, ağırlaştırıcı veya hafifletici faktörler, ağrı geçtikten sonra nasıl hissettikleri ve baş ağrısının işlevselliklerini nasıl etkilediği dahil olmak üzere, incelenmelidir. Kötü zamanlar hakkında bilgi sahibi olmanın yanı sıra, iyi zamanlar hakkında da sorun: "Ne sıklıkla tamamen baş ağrısız hissediyorsunuz?" Bir hastanın her zaman bir tür baş ağrısına sahip olduğunu ama onunla işlev görebildiğini veya belki de daha hafif olanları görmezden gelebildiğini öğrenmek şaşırtıcı olabilir.

## **BAŞ AĞRISI BAŞLAMADAN ÖNCE HERHANGİ BİR UYARI ALIYOR MUSUNUZ?**

Bu soru, prodrom ve aurayı ele alır. Prodrom, migren ağrısının başlamasından 48 saate kadar önce meydana gelebilir. Hastaların prodrom semptomlarını yaşadıklarını veya bunların migrenle ilişkili olduğunu fark etmeyebilirler; prodromal semptomlar sık sık tetikleyiciler

olarak yanlış yorumlanır. Kontrol edilemeyen esneme, ruh hali değişikliği, yorgunluk, bilişsel işlev bozukluğu, yiyecek istekleri, aşırı susuzluk veya idrara çıkma veya boyun ağrısı gibi belirli sorular sorarak sorgulayın. Migrenin ilişkili semptomları (yani mide bulantısı, fotofobi ve osmofobi) aura veya baş ağrısı başlamadan önce başladığında, bunlar prodromal olarak kabul edilir.

Aura, tipik olarak baş ağrısından önce meydana gelen ve beyinden kaynaklanan geçici bir semptomdur, ancak baş ağrısı fazında, baş ağrısından sonra veya izole bir olay olarak da meydana gelebilir. Aura, migrenli hastaların yaklaşık %30'unda gerçekleşir ve bazen küme baş ağrısı ile de meydana gelir. Tipik aura görsel, somatosensöriyel veya konuşma ve lisanda etkilidir ve 5 ila 60 dakika sürer. Aura belirtileri arasında parlayan ışıklar, kapalı bir skotom alanı olsun veya olmasın parıldayan zikzak çizgileri, kıvılcımlar, noktalar, homonim hemianopsi, tünel görüşü, görsel bozulma (metamorfopsi), geçici görsel kayıp, diğer görme problemleri, afazi (tipik olarak ifade edici), uyuşukluk, parestezi, fantosmi, işitsel halüsinasyonlar, güçsüzlük, dengesizlik, vertigo, diplopi, bilinç seviyelerinde değişiklik, Alice Harikalar Diyarında sendromu (yani, görsel algıdaki bir değişiklik, bozulmuş vücut imajları, dış çevre veya her ikisi ile karakterize) ve diğer nörolojik semptomlar yer alır. Çoklu aura semptomları genellikle eş zamanlı başlangıç yerine ardışık olarak meydana gelir, bunları geçici iskemik atak veya inmeden ayırt eder. Aura hakkında daha fazla bilgi için, bu sayının "Migren Patofizyolojisi" başlıklı makalesine bakınız.

## **BAŞINIZIN AĞRISI NASIL BAŞLIYOR? İLK NEREDE YERLEŞİYOR? YAYILIYOR MU YA DA YER DEĞİŞTİRİYOR MU?**

Migren genellikle boyunda başlar ve anteriora yayılır. Alternatif olarak, başın bir tarafında, göz veya sinüs bölgesi etrafında başlayabilir. Bazen bir tarafta başlar ve daha sonra başın karşı tarafına geçer veya iki taraflı hale gelir. Migrenin tanı kriterleri arasında tek taraflılık olmasına rağmen, yaklaşık %40 yetişkin ve çoğu çocukta iki taraflı baş ağrısı vardır. Diğer baş ağrısı türlerinden farklı olarak, konum bireyde ataktan atağa değişebilir.

Trigeminal otomatik sefalaljiler neredeyse her zaman bir gözün etrafında merkezlenir. Küme baş ağrısı ağrısı genellikle orbital veya retro-orbitaldir ve ipsilateral şakak, alın, çene veya yüzü içerir. Hastalar genellikle ağrının spesifik alanını işaret ederler. Gerilim tipi baş ağrısı neredeyse her zaman iki taraflıdır, bazen bant benzeridir ancak tüm başı içermek zorunda değildir. Numuler baş ağrısı olan hastalar, ağrıyı lokalize etmek için başlarının üzerinde iyi sınırlanmış yuvarlak veya oval bir alanı işaret ederler.

Baş ağrısı tek taraflıysa, hastaya "Baş ağrılarınız her zaman başınızın aynı tarafında mı olur?" diye sorun. Tek taraflı migren ağrısı olan bireylerin baş ağrısı genellikle tahmin edilemez bir şekilde başın her iki tarafında da meydana gelir, ancak bazı insanların atakları her zaman başın aynı tarafında meydana gelir. Bir küme baş ağrısı dönemi boyunca ve diğer trigeminal otomatik sefalaljilerle ağrı her zaman aynı tarafta meydana gelir. Hemikrania continua tanım gereği taraf lokalizedir, ancak ağrı başın tamamına yayılmayabilir. Yeni başlayan bir taraf bulgulu baş ağrısı, yapısal intrakraniyal bir süreç, dev hücreli arterit veya BOS basınç artışı gibi ikincil bir baş ağrısı bozukluğuna işaret edebilir.

### **Önemli noktalar:**

- Baş ağrısı değerlendirmesi sırasında sorulabilecek en yararlı sorulardan biri, "Ne sıklıkla kendinizi tamamen berrak ve baş ağrısız hissediyorsunuz?"
- Baş ağrısının prodromal semptomları sıklıkla tetikleyiciler olarak yanlış yorumlanmıştır.
- Migreni düşünürken prodrom ve aura belirtileri gibi spesifik "uyarı belirteçlerini" sorun.
- Migren ve küme baş ağrısında tek taraflı baş ağrıları ortaya çıkabilir, ancak bazen daha endişe verici bir ikincil nedene işaret eder.

## AĞRIYI NASIL TANIMLARSINIZ? NEYE BENZİYOR?

Bu soru bazen yönlendirme gerektirir, örneğin zonklayıcı, vurucu, keskin, saplayıcı, ateşleyici, ağrılı, basınç benzeri veya yanıcı gibi. Bazen bu soru ters teper ve hasta, ağrının yoğunluğunu veya ağrı skalasında bir numara ile yanıt verir; bu durumda ya onları yönlendirebilirsiniz ya da yoğunluk hakkındaki soruya geçiş yapabilirsiniz.

Zonklayıcı, vurucu ağrı migrenin için karakteristiktir. Ancak, migren ağrısı sabit, ağrılı veya saplayıcı olabilir. Gerilim tipi baş ağrısı basınç benzeri, ağrılı veya sıkıştırıcıdır, çok sıkı bir şapka veya baş bandı takıyormuş gibi yorumlanabilir. Küme baş ağrısı saplayıcı, delici, bıçak gibi veya gözümün içine bir buz küpü sokulmuş gibi tanımlanır.

## AĞRI NE ZAMAN BAŞLIYOR VE NE KADAR ŞİDDETLİ HALE GELİYOR? AĞRININ EN YÜKSEK YOĞUNLUĞA ULAŞMASI NE KADAR SÜRÜYOR?

Yoğunluk soruları teşhis ve tedavi için faydalıdır. Migren tipik olarak hafif ağrı ile başlar ve zamanla yoğunluğu artar. En üst yoğunluğa ulaşma süresi oldukça değişkendir ve bu ağrı gelişiminin bu yönü, akut tedavi stratejisi seçerken son derece önemlidir. Ağrı saatler içinde artıyorsa, oral akut tedaviler tercih edilen seçenektir çünkü bunlar kriz sırasında erken alınırsa sistemik emilim için yeterli zaman vardır. Ağrısı 30 dakikadan kısa sürede en yüksek yoğunluğa ulaşan hastalar, hızlı etkili oral tedavi etkisizse nonoral akut tedavi gerekebilir. Akut tedaviler hakkında daha fazla bilgi için, Continuum dergisinde Rebecca Burch, MD, FAHS<sup>20</sup> tarafından yazılan "Migrenin Akut Tedavisi" makalesine başvurabilirsiniz.

Küme baş ağrısı ve epizodik ve kronik paroksizmal hemikrania genellikle birkaç dakika içinde en yüksek yoğunluğa ulaşır<sup>21</sup>. Bu nedenle, oral ajanların etki göstermesi için yeterli zaman yoktur ve diğer uygulama yolları kullanılır, örneğin inhalasyon (küme baş ağrısı için oksijen), subkutan enjeksiyon ve intranasal uygulama.

Migrenin ağrı şiddeti değişkendir ancak gerilim tipi baş ağrısında hafif ila orta dereceli ağrıya kıyasla genellikle orta ila şiddetli arasında değişir. Küme baş ağrısı ve paroksizmal hemikrasiyanın ağrı şiddeti ise şiddetli ila çok şiddetli düzeydedir; çoğu hasta yaşadıkları en kötü ağrı olduğunu belirtir ve bazı hastalar atak esnasında intihar düşüncesi olduğunu bildirir<sup>22</sup>.

Aniden en yüksek yoğunlukta başlayan ağrıya 'gök gürültüsü baş ağrısı' denir<sup>23</sup>. Gök gürültüsü baş ağrısı birincil bir baş ağrısı bozukluğu olabilir, ancak özellikle yeni baş ağrısı olarak ikincil bir baş ağrısı için endişe uyandırır. Gök gürültüsü baş ağrısının geri döndürülebilir sebepleri arasında serebral vazokonstriksiyon sendromu, subaraknoid kanama, menenjit ve spontan intrakraniyal hipotansiyon bulunmaktadır. Bu nedenle, birincil gök gürültüsü baş ağrısı, beyin ve serebrovasküler görüntüleme gerektiren bir dışlama tanısıdır.

### Önemli noktalar

- 1. Ağrı başlangıcı ile en yüksek yoğunluğa ulaşma arasındaki zamanın belirlenmesi, hem baş ağrısı teşhisi hem de tedavisi için yardımcı olur.
- 2. Baş ağrısı nedeniyle gece uyanmak her zaman beyin tümörü sinyali değildir. Akut ilaç kötüye kullanımı ve primer baş ağrıları, uyku apnesi ve diğer tıbbi durumlarla ilişkilidir.
- 3. Trigeminal otonomik özellikler de dahil olmak üzere eşlik eden belirtiler, küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrılarının karakteristik özellikleridir, ancak genellikle migrende daha az belirgin olarak da görülebilir.
- 4. Bir baş ağrısı sırasında hastanın davranışını ve eylemlerini belirlemek, migren ve küme baş ağrısı teşhisine yardımcı olur.

## **VAKA 1-2:**

24 yaşında bir kadın, tedaviye yanıt vermeyen kronik migren tanısıyla tekrarlayan baş ağrılarının değerlendirilmesi için kliniğe başvurdu. Baş ağrıları her zaman sol tarafta, ayda 16 gün meydana geliyordu. Prodrom veya aura yoktu. Fotofobi, fonofobi, osmofobi, bulantı ve aktiviteyle kötüleşen orta ile şiddetli düzeyde ağrı olduğunu tarif etti. Ağrı, zonklayıcı nitelikte idi ve başlangıcından itibaren 2 saat içinde yoğunluk noktasına ulaşıyordu. Zolmitriptan ağrı yoğunluğunu azaltıyordu ve ertesi gün yorgun olmakla beraber 8-10 saat içerisinde düzeliyordu. Bu nedenle, her bir atak ona 2 gün boyunca zarar veriyor ve genellikle işi kaçıırıyordu. Önceki koruyucu tedavilerin hepsi etkisizdi, bunlar arasında günlük olarak alınan amitriptilin 75 mg, nortriptilin 50 mg, topiramat 150 mg, propranolol 160 mg ve onabotulinumtoksinA bulunmaktaydı. Nörolojik muayene ve beyin MR'ı normaldi. Erenumab 140 mg'lık aylık subkutan enjeksiyonu reçete edildi.

Hasta, 6 hafta sonra kontrol için geri döndü ve baş ağrısında bir değişiklik olmadığını bildirdi. Biraz çevrimiçi araştırma yaptıktan sonra "Hemikrania continua'ya sahip olabilir miyim?" diye sordu. İlk ziyaret notu incelendiğinde, ara ağrıdan bahsedilmediği görüldü. Ancak, daha fazla incelendiğinde, tipik olarak hafif olan işlevselliğini bozmayan sürekli sol temporal ağrısı olduğu ortaya çıktı. Tedaviye indometazin 50 mg 3 kez günlük başlandıktan sonra tüm ağrısı geriledi. Birkaç ay sonra doz azaltıldı ancak baş ağrıları yeniden başlayınca, günde 25 mg 3 kez dozda geri döndü. O zamandan beri indometazin 100 mg kullanmakta olup baş ağrısı nüksü veya ilaç yan etki olmadan takip edildi.

**YORUM:** Bu vaka, özellikle yan tarafında kilitlenmiş baş ağrıları olan bir bireyde tamamen baş ağrısız günler hakkında soru sormanın önemini vurgulamaktadır. Daha önce kronik migren teşhisi konmuş olsa da, hastanın indometazine yanıt veren hemikrania continua olduğu ortaya çıktı.

## **BAŞ AĞRILARINIZ BELİRLİ BİR GÜN VEYA GECE SAATLERİNDE Mİ MEYDANA GELİYOR? UYKUDAN MI SİZİ UYANDIRIYOR? UYANIKLIĞINIZDA VAR MI?**

Uykudan uyandıran baş ağrıları, gece başka sebeplerle uyanmak ve baş ağrısının mevcut olduğunu fark etmekten ayırt edilmelidir. Bazı hastalarda bu farkı anlamak zor olabilir. Hastanın gece uyanma veya sabah baş ağrısıyla uyanması durumunda, ağrının şiddeti, maksimum yoğunluğa ulaşıp ulaşmadığı ve diğer semptomların (örneğin, bulantı, kusma, gözyaşı, burun akıntısı) o anda mevcut olup olmadığına dair not almak faydalıdır. Bu sorular, hem teşhise hem de tedaviye yardımcı olur. Tekrarlayan gece uyanmaları, özellikle uyku bozuklukları, akut ilaç aşırı kullanımı (ilaç uyku sırasında etkisini kaybederken) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, gece hipertansiyonu veya beyin tümörleri gibi ikincil baş ağrısı belirtileri olabilir<sup>24,25</sup>. Bununla birlikte, gece uyanıklığı aynı zamanda migren, küme baş ağrısı, hipnik baş ağrısı ve paroksizmal hemikrania gibi birincil baş ağrısı bozukluklarında da görülür<sup>26,27</sup>. Sirkadiyen periyodisite, küme baş ağrısının bir özelliğidir. Migren de aynı şekilde döngüsel seyir , çünkü migren ataklarının en yaygın görüldüğü zaman genellikle sabah uyanma zamanıdır<sup>29</sup>.



## **BİR BİRİNCİL BAŞ AĞRISI BOZUKLUĞUNUN DİĞER SEMPTOMLARI VAR MI?**

Çeşitli baş ağrısı durumlarının eşlik eden semptomları, bazen baş ağrısından daha fazla zarara yol açar (en can sıkıcı semptomlar olarak adlandırılır). Fotofobi Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın eşlik eden semptomdur. Diğerleri arasında fonofobi, osmofobi, bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı sırasında aura semptomları ve aşağıdaki trigeminal otonomik özellikler yer alır<sup>21</sup>:

Pitoz

Lakrimasyon

Konjonktival enjeksiyon

Nazal konjesyon ya da rinore

Miyozis

Kulakta dolgunluk hissi

Yüzde solgunluk, kızarma, terleme

Kulakta kızarma (Baş ağrısından bağımsız da meydana gelebilir)

Önerilen kelimeler, bazı eşlik eden belirtilerle ilgili soruların sorulması için TABLO 1-1'de listelenmiştir. Hastaya, bir atak sırasında görünümünü fotoğraflayıp kaydedip kaydetmediklerini sorun. Eğer değilse, gelecekteki bir atak sırasında bunu yapmalarını isteyin. Trigeminal otonomik belirtiler trigeminal otonomik baş ağrılarını düşündürse de, bunlar aynı zamanda migrende de görülebilir. Migrende varlıkları genellikle trigeminal otonomik baş ağrılarında daha az belirgindir (örneğin, yüzden akan gözyaşları yerine hafif ağlamaları) ve çoğunlukla iki taraflıdır. Burun tıkanıklığı veya burun akıntısı ile birlikte baş ağrıları sinüslerle ilgilidir gibi yanlış yorumlanabilir; bu tür baş ağrıları genellikle ya migren ya da küme baş ağrısıdır. Eşlik eden belirtiler, bu detayları iletebilecek durumda olmayan çocuklar veya yetişkinlerde çıkarılabilir. Pediatrik baş ağrısı tedavisi hakkında bilgi için, bu sayıdaki Continuum dergisinde Serena L. Orr, MD, MSc, FRCPC tarafından yazılan "Çocuklar ve Ergenlerde Baş Ağrısı" makalesine başvurabilirsiniz.

## **BİR ATAK ESNASINDA FİZİKSEL OLARAK NE YAPMAYI TERCİH EDERSİNİZ?**

Hasta durumsal koşullar nedeniyle yatamıyorsa bile yatmayı, oturmayı, tempolu yürümeyi veya hareket etmeyi mi tercih eder? Yatarken hareketsiz yatabilir mi yoksa dönüp dönemeyebilir veya dönmeyebilir mi? Otururken sessizce mi otururlar yoksa sandalyede ileri geri mi sallanırlar? Ajitasyon gibi davranış değişiklikleri var mı?

Migrenin en önemli teşhis özelliklerinden biri, aktiviteyle kötüleşme eğilimidir ve migrenli hastaların ezici çoğunluğu, karanlık ve sessiz bir ortamda hareketsiz yatmayı tercih eder. Ancak, durumlar genellikle bir hastanın baş ağrısı saldırısına fiziksel tepkisini belirler veya kısıtlar. Buna karşılık, küme baş ağrısı olan hastaların nadiren hareketsiz kalmayı tercih ettikleri ve huzursuzluk veya ajitasyon yaşadıkları bilinmektedir<sup>21,27</sup>. Tempolu yürüme, ileri geri sallanma, dönme veya yatakta savrulma gibi davranışlar sergileyebilirler. Dikkat dağıtmak için kendilerine bedensel olarak zarar verebilirler, örneğin başlarını veya vücut parçalarını duvara

vurabilir veya tırnaklarını derilerine batırabilirler. Küme atakları sırasında ses çıkarma da olabilir, bağırma veya çığlık atma gibi.

## **BAŞ AĞRISI SIRASINDA CİLDİNİZ DOKUNMAYA DUYARLI MI?**

Allodini , cildi normalde ağrılı olmayan bir uyarıcı ile ağrı veya rahatsızlık yaşama deneyimidir. Migreni olan hastaların yaklaşık %60'ı, saçlarının ağrıdığını, saçlarını tarayamadıklarını veya at kuyruğu yapamadıklarını, mücevher veya giysilerini çıkarmaları gerektiğini, bir duş alamadıklarını veya çarşafın veya battaniyenin kendilerine dokunmasını tolere edemediklerini ve migren sırasında başkalarının kendilerine dokunmasını istemediklerini bildirir.

Allodini , ikinci dereceden (sefalik duyarlılaşma) ve üçüncü dereceden (somatik duyarlılaşma) nöropatik trigeminal nükleus caudalis sinir hücrelerinin merkezi duyarlılaşmasının bir özelliğidir<sup>34</sup>. Merkezi duyarlılaşma, zararlı uyarıcıların ağrı üretme eşiğinin azalması ve sinir sisteminin uyarılmış bir durumda olmasıyla ilişkilidir, bu da normalde ağrıya neden olmayan uyarıcılara tepki olarak ağrı hissi oluşturur. Merkezi duyarlılaşma, kronik ağrının gelişimi ve devamı ile de ilişkilendirilir<sup>35</sup>.

## **ŞİDDETLİ AĞRI NE KADAR SÜRER?**

Baş ağrısı teşhisi genellikle süresi ile tanımlanır, özellikle de trigeminal otonom sefalalji için. Küme baş ağrıları, tedavi edilmediğinde veya başarısız bir şekilde tedavi edildiğinde 15 ila 180 dakika sürer, ancak bazı hastalar şiddetli ataklar arasında daha hafif ağrılar yaşarlar; şiddetli ağrının süresi belirleyici özelliktir. Migrenin şiddetli ağrısı en engelleyici olmasına rağmen, hastalar sıklıkla bir gün boyunca süren hafif ağrılar yaşarlar.

"Ağrı geçtikten sonra nasıl hissediyorsunuz?" ve "Normal hissetmek ne kadar sürer?" gibi sorular, migrenin yaygın bir özelliği olan postdromal döneme işaret eder, aksi halde migren "sabah sonrası" ağrısı olarak da bilinir. Hafif artık ağrı, yorgunluk, bilişsel işlev bozukluğu ("beyin sisliği"), açlık, sindirim sistemi semptomları, duyu hassasiyet veya vertigo gibi 1 ila 2 gün süren postdromal dönem süresince devam eden etkileri veya yan etkileri içerir<sup>36</sup>. Bu, migren atağının bir parçasıdır ve belirli bir dönemdeki migren günlerinin belirlenmesi konusunda dikkate alınmalıdır. Akut ilaçların etkileri veya yan etkileri benzer semptomlara neden olabilir, bu da bazı hastalarda etiyolojiyi ayırt etmeyi zorlaştırır; bununla beraber postdromal semptomların çoğunlukla ilaçlara atfedilmektedir<sup>36</sup>. Nadiren veya hiç baş ağrısız olan hastalar için, bazal haline dönmenin ne kadar sürdüğünü sormak önemlidir.

**BAŞ AĞRISI GÖRÜŞMESİNDEKİ SORULAR İÇİN ÖNERİLEN KELİMELER**

FENOMEN *migren ilişkili semptomlar <sup>a</sup>	SORU	YORUMLAR
Fotofobi	1. Işık gözlerinizi rahatsız eder mi? 2. Koyu bir ortamda olmayı mı tercih edersiniz?  3. Bilgisayar kullanabiliyor veya televizyon izleyebiliyor musunuz? 4. Evinizi karanlık mı tutarsınız?	Bazı insanlar ilişkili belirtilere rağmen çalışmaya veya diğer aktivitelere devam ederler.  Ataklar arası fotofobi
Fonofobi	1. Gürültü sizi rahatsız eder mi? 2. Gürültüler normalden daha yüksek mi geliyor? 3. Müziği veya televizyonu kapatmanız gerekiyor mu? 4. Sessiz bir ortamda olmayı mı tercih edersiniz?	
Osmofobi	Koku veya kokular sizi rahatsız eder mi?	Kokular tetikleyici olabilir veya tetikleyici hissedilebilir
Bulantı	1. Mide bulantısı hissediyor musunuz? 2. Bulantı mı hissediyorsunuz, mideniz bulanık mı, ya da kusacakmış gibi mi hissediyorsunuz?	Sık görülen bir cevap, "Hayır, kusmam" olabilir. Birçok insan bulantıyı kusma ile karıştırır.
Kusma	1. Kusuyor musunuz? 2. (Eğer öyleyse) Kusmak faydalı mı oluyor?.	Bazı kişiler, rahatlama sağlıyorsa kusmayı kasten yapabilir
Rutin fiziksel aktivite ile kötüleşme:	1. Yürüme veya merdiven çıkma gibi hareket etmek, baş ağrınızı etkiler mi? 2. Herhangi biri sırasında yatmayı mı tercih edersiniz?	Bu migrenin özelliğidir.
Zorlama ile kötüleşme:	Egzersiz, ağır kaldırma veya cinsel aktivite baş ağrınızı etkiler mi?	
Belirtilerin yayılması	Atak olduğu zaman (Hastanın tarif ettiği belirtileri adlandırın, genellikle uyuşukluk veya güçsüzlük) yaşadığımızda, bunlar birden mi başlar yoksa seyahat eder veya yayılır mı?	Uyuşukluk veya güçsüzlüğün yayılması migrene özgüdür.

FENOMEN *migren ilişkili semptomlar	SORU	YORUMLAR
Belirtilerin İlerlemesi:	1. Atak (Hastanın belirttiği belirtileri adlandırın) yaşadığınızda, bunlar birden mi başlar yoksa birinden diğerine mi ilerler? 2. (İlerlerse) Tipik bir ilerleme deseni var mı?	Geçici iskemik atak veya inme ile karşılaştırıldığında aura belirtileri ilerler
Görsel Belirtiler: Homonim hemianopsi	1. Görme alanının yarısını mı yoksa bir gözde mi görme alan kaybı yaşıyorsunuz?  2. Eğer saate bakarsanız, ne görüyorsunuz?  3. Hiçbir gözü kapatıp diğerini açarak, sonra diğerini kapatarak görme alanının aynı veya farklı olduğunu kontrol ettiniz mi?	Homonim görme alan kaybı sıklıkla monooküler görme kaybı ile karıştırılır; monooküler görme kaybında karşı gözün nazal görme alanı sağlam olduğu için yarım görme kaybı olmaz Saatini yarısını görüyorsanız homonim hemianopsidir. Eğer monooküler görme kaybı ise etkilenmiş gözde diğer gözden farklı olacaktır.
Parıldayan Skotom:	1. Gözleriniz kapalıyken görüntü hala var mı? 2. Hiç bir gözü kapatıp sonra diğerini açarak, her iki gözle aynı ya da farklı mı görüdüğünü kontrol ettiniz mi?	Klasik parıldayan skotom, gözler kapalıyken bile devam eder. Klasik parıldayan skotom korteksten kaynaklanır ve iki gözle görülür; hastalar bazen bunun ipsilateral görme alanı yerine sadece bir gözde görüdüğünü bildirir.
Bulanık görme	"Odak dışında" mı bulanık görüyorsunuz yoksa görme alanında kayıp mı mevcut?	Gerçek bulanık görme ile skotomu ayırt etme; bulanık görme aura semptomu kabul edilmez
Çift Görme	1. Çift görme olduğunda, görüntüler yatay mı yoksa dikey mi ayrılır? 2. Bir gözü kapatıp sonra diğerini kapatırsanız, çift görme geçer mi?	Ellerinizle gösterin  Beyin kökü auralı migren ve hemiplejik migren binoküler çift görüşe neden olabilir; çift

		görüş sadece iki göz açıkken mevcuttur ve her göz yalnızca bir görüntü görür; diğer primer baş ağrısı tipleri, muhtemelen kuru göz yüzeyine bağlı olan, bilateral olabilen monoküler çift görmeye neden olur.
Alice Harikalar Diyarı Sendromu:	1.Nesneler hiç çok büyük, çok küçük, çok yakın veya çok uzak göründü mü? 2.Gerçek boyutlarından daha büyük veya daha küçük olduğunuzu hissettiğiniz oluyor mu?	

### Trigeminal otonomik semptom ve işaretler<sup>b</sup>

Pitoz	Göz kapaklarınız sarkar mı veya kapanır mı?	
Göz yaşarması	1.Gözleriniz yaşarır mı?  2.Göz yaşları yüzünüze akıyor mu yoksa biraz göz yaşı mı dökülüyor?	Eğer evetse tek veya her iki gözde mi, ağrı ile göz yaşarması aynı tarafta mı belirleyin  Hafif gözyaşı, migrende oluşabilir ancak aşırı gözyaşı tipik olarak trigeminal otonom baş ağrılarının belirtisidir
Miyozis	1.Herhangi bir kişi bir gözün daha küçük olduğunu (veya diğerinden daha büyük olduğunu) fark etti mi?  2.(Eğer evetse) Hangi pupil daha küçük?	Baş ağrısı atağı sırasında pupiller büyüyebilir veya küçülebilir, tek veya her iki gözü etkileyebilir. Horner sendromu daha küçük bir pupil ve ipsilateral ptosis ile karakterizedir

FENOMEN *Çeşitli sekonder baş ağrısı semptomları	SORU	YORUMLAR
Ortostatik baş ağrısı:	<p>1. Uyandıığımızda, yataktan kalkmadan önce nasıl hissediyorsunuz?</p> <p>2. Ayakta olduğunuzda baş ağrısının başlaması ne kadar sürer?</p> <p>3. Uyumadan sadece uzanmak baş ağrısına iyi gelir mi?</p> <p>4. Eğer öyleyse, baş ağrınızın düzelmesi ne kadar sürer?</p> <p>5. Baş ağrısı yatarken tamamen geçer mi?</p> <p>6. Yatmanız gerektiğinde başınızı ne kadar süreyle dik tutabilirsiniz?</p>	<p>Hastaların, neredeyse hemenhepsi kalktıktan sonra başlayan veya kötüleşen ortostatik baş ağrıları olduğundan, "Sabahları nasıl hissediyorsunuz?" sorusu yanıltıcı bir cevaba yol açabilir.</p> <p>Hastalar genellikle uzanmayı uyumakla karıştırır; Postural bileşeni olan baş ağrısı ile uyku ile olan rahatlamamanın ayrımını bu soru ile yapabiliriz.</p>
Valsalva ile kötüleşme	Öksürme, hapşırma, ıkınma (örneğin, dışkılama sırasında), gülme veya şarkı söyleme baş ağrınızı etkiliyor mu?	
Geçici görme kayıpları	<p>1. Görüşünüz hiç tamamen kayboluyor mu?</p> <p>2. (Eğer evetse) Bu bir gözde mi yoksa her iki gözde mi olur? Eğer bir gözdeyse, hangi göz?</p> <p>3. Bu duruma sebep olan bir şey var mı?</p> <p>4. Görme kaybı ne kadar sürer?</p> <p>5. Görme kaybı ne kadar sürer?</p>	<p>Eğilmek ve göz hareketleri yaygın tetikleyicilerdir. İntrakraniyal basıncın artmasıyla ilişkili olduğunda, epizodlar genellikle bir kaç saniye ile birkaç dakika arasında sürer. İntrakraniyal basıncın artmasıyla ilişkili olduğunda, epizodlar genellikle birkaç</p>

		saniye ile birkaç dakika arasında sürer
Çene ağrısı	Yemek yerken çene kemiğinizde ağrı veya güçsüzlük hissediyor musunuz?	Dev hücreli arterit için çok hassas bir tarama yöntemidir.

<sup>a</sup> diğer bas ağrısı tiplerinde de olabilir. <sup>b</sup> trigeminal otonom sefaljiler ve migren

## ATAKLAR ARASINDA SEMPTOMLARINIZ VAR MI (ÖRNEĞİN, AĞRI, FOTOFOBİ, FONOFOBİ, OSMOFOBİ)?

Hastalardan öykü alırken genellikle baş ağrısı ataklarına odaklanma eğiliminde oluruz, ancak semptomlar özellikle migren, gerilim tipi baş ağrısı ve küme baş ağrısı hastalarında interiktal faza kadar devam edebilir<sup>37,38</sup>. Epizodik ve kronik migrenli hastaların ataklar arasındaki dönemde yaşam kalitelerinin migreni olmayanlara kıyasla daha düşük olduğunu gösteren birçok bilimsel kanıt vardır<sup>37</sup>.

Fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, beyindeki interiktal dönemdeki bu değişiklikleri doğrulamaktadır<sup>39</sup>. Yukarıda bahsedilen semptomlara ek olarak, migrenin interiktal yükü, fotofobi, anksiyete (bir sonraki ataktan korkmak), depresyon (atak olasılığı nedeniyle plan yapamama), taşıt tutması, yaklaşan etkinliklere karşı korku, damgalanma (baş ağrılarını başkalarına anlatmaktan kaçınma) ve daha kötü kişilerarası etkileşimlerle ilişkilidir<sup>37,40</sup>. Migrenin interiktal belirtilerini yaşayan bireyler, yaklaşan bir atakla başa çıkmak için tetikleyicilerden kaçınmak ve yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda kaldıklarını bildirmektedir<sup>41</sup>. Dahası, migren işi, kariyeri, günlük aktiviteleri, ilişkileri ve hatta çocuk sahibi olma kararını bile etkilemektedir. Koruyucu tedavi, interiktal yükü olan migren hastalarına fayda sağlar<sup>34,38</sup>. Daha fazla bilgi için, Continuum'un bu sayısındaki Richard B. Lipton, MD, FAAN tarafından yazılan "Migrenin Koruyucu Tedavisi" başlıklı makaleye başvurabilirsiniz.

## BİR AYDA TAMAMEN BAŞ AĞRISIZ VE "AÇIK BİR ZİHİN" İLE GEÇİRDİĞİNİZ KAÇ GÜNÜNÜZ VAR?

İnsanlar size genellikle en kötü baş ağrılarını bildirirler ancak başka, daha hafif, günlük yaşam aktivitelerine devam edebildikleri baş ağrıları da yaşayabilirler. Baş ağrılı günlerine ek olarak tamamen ağrısız günleri sormamak yanlış bir teşhise yol açabilir. Buna bir örnek; tek yanlı kronik, hafif düzeyde zemindeki bir baş ağrısına daha şiddetli migreni anımsatan atakların eklendiği hemikrania continua'dır<sup>43</sup>. Hemikrania continua teşhisi, indometazin tedavisine terapötik bir yanıtla ilişkilendirildiğinden, zemindeki süregelen unilateral baş ağrısının gözden kaçırılması teşhisi geciktirir. Bu durum, Vaka 1-2'de

### Önemli noktalar:

- Baş ağrısı geçtikten sonra 'normal hal'e dönmenin ne kadar sürdüğünü belirlemek, atağın gerçek süresi ve hastanın işlev görebilme yeteneği hakkında bilgi sağlar.
- Hastalar en şiddetli baş ağrılarını vurgulama eğilimindedirler, bu da baş ağrısı yükünün olduğundan az tahmin edilmesine yol açar.
- Baş ağrısı tetikleyicileri konusu biraz tartışmalıdır. Hastalar, aslında prodromun bir parçası olan bir maruziyeti (örneğin, yeme isteği, boyun ağrısı) yanlışlıkla bir tetikleyici olarak atfedebilirler.
- Bazı baş ağrısı türleri genetik geçiş eğilimi gösterir, bunlar arasında migren, küme baş ağrısı, familial hemiplejik migren ve CADASIL yer alır.

gösterilmiştir. Hemikrania continua hakkında daha fazla bilgi için, Continuum'un bu sayısında Peter J. Goadsby, MD, PhD, FRS tarafından yazılan "İndometazin Yanıtlı Baş Ağrısı Hastalıkları" makalesine başvurabilirsiniz.

ICHD-3'e göre kronik migren tanısı en az 8 günü migren karakteristiğinde olmak üzere ayda en az 15 gün baş ağrılı olmayı gerektir<sup>4</sup>. Bu hastalarda sadece 8 migren gününü yakalamak hastayı farklı bir tanı kategorisine koyar, bu da koruyucu tedavi seçeneklerini etkiler.

## **BAŞ AĞRILARINIZ İÇİN HERHANGİ BİR TETİKLEYİCİ FARK ETTİNİZ Mİ?**

Migren tetikleyicileri kavramı tartışmalıdır, çünkü varsayılan bazı tetikleyiciler aslında prodromal belirtiler olabilir (örneğin; yeme isteği, parlak ışıklar, yüksek ses, boyun ağrısı gibi).

Bir maruziyeti takiben gelişen migren ataklarını tetikleyici olarak sınıflandırmak uygun değildir, çünkü bir neden-sonuç ilişkisi paterni kurulmalıdır. Bununla birlikte, birçok migrenli birey, bir tetikleyiciye maruz kalmanın her zaman migren atağına yol açmadığını belirtir. Bir akıllı telefon uygulamasını kullanan gözlemsel bir çalışma; boyun ağrısı hariç, en sık rapor edilen tetikleyicilerin bile, bunları bildiren bireylerin üçte birinden azında bulunduğunu göstermiştir<sup>45</sup>. Tetikleyiciler arasında kokular (örneğin; uçucu maddeler, parfümler, sigara dumanı), stres (bir migren atağı sırasında veya sonrasında), hava durumu (örneğin; sıcaklık, yıldırımdan kaynaklanan atmosferik elektriksel etkiler), öğün atlamak veya hipoglisemi, uyku düzeninde değişiklikler, susuz kalmak, adet döngüsü, alkol, kafein ve çeşitli yiyecekler (örneğin, bazı peynir türleri, monosodyum glutamat gibi) bulunur<sup>46</sup>. Baş ağrısı, baş ağrısını tedavi etmek için kullanılan ilaçlar da dahil olmak üzere birçok ilacın yan etkileri arasındadır ve bu da dikkate alınmalıdır.

Hastalar yineleyen bir tetikleyici belirlediklerinde ondan kaçınmak faydalı olabilir. Ancak, şüphelenilen tetikleyicinin aslında bir prodromal belirti olması durumunda hasta gereksiz yere kaçınıyor olabilir. Bu durumun bir örneği; prodromal yeme isteğinde tüketilen çikolatadır, baş ağrısı ne yediğinizden bağımsız olarak ortaya çıkacaktır. Bu nedenle, gerçek tetikleyicilerin belirlenmesi maruziyeti azaltmaya yardımcı olur, ancak tetikleyicilerin yanlış belirlenmesi yaşam kalitesini etkileyen aşırı kısıtlamalara yol açmaktadır.

## **MİGREN ATAKLARINIZ (VEYA BAŞ AĞRILARINIZ) OLMADIĞINDA BİLE MİGREN HAYATINIZI ETKİLER Mİ?**

Amerikan Migren İletişim Çalışması, 60 hasta ve klinisyenin (14 birinci basamak hekimi, 8 nörolog ve 6 nurse practitioner "hekim asistanı") ofis ziyaretlerini kaydetti ve ardından ziyaretin izlenimlerini belirlemek için hastalar ve klinisyenlerle ayrı ayrı görüştü<sup>10</sup>. Hastaların ve



klinisyenlerin bakış açıları arasında belirgin bir uyumsuzluk görüldü. Klinisyenler genellikle ziyaretin akışı, içeriği ve sonucundan memnun olsalar da hastalar görüşmelerde migrenin bireysel etkilerinin ele alınmadığını belirtti. Bu çalışma, görüşmelere migrene bağlı engellilikle ilgili bir sorunun dahil edilmesinin önemini vurgulamıştır. Bu bilginin değerlendirilmesi, hastanın deneyimlerini anlamayı artırır, hastayla ilişkiyi güçlendirir ve baş ağrısı koruyucu tedavisine yönelik kararları etkiler.

## **AİLE ÜYELERİNİZDEN HERHANGİ BİRİNİN BAŞ AĞRISI VAR MI?**

Bazı hastalar aile öykülerini net olarak bilirken diğerleri daha az emindir. Hasta dosyasında aile öyküsü ile ilgili hatalar neredeyse %50 oranında görülür<sup>47,48</sup>. Bir akraba ile kişisel olarak görüşemediğinizde bazı temel detaylar biliniyorsa bir teşhis çıkarılabilir, ancak doğrulanamaz. Örneğin; bir hasta annesinin kusma ile ilişkili baş ağrıları olduğunu ve karanlık, sessiz bir odada iki gün yattığını söylerse, büyük olasılıkla migreni vardır. Gözlerinden yaş gelmesi ve burun akıntısı ile ilişkili çok şiddetli baş ağrıları olan bir amca küme baş ağrısı olabilir. Doğru bir aile öyküsünü elde etmekle ilgili zorluklar, bazı aile üyelerinin hiçbir zaman teşhis almadığı, yanlış teşhis edildiği veya baş ağrıları hakkında konuşmadığı durumlarda ortaya çıkar.

Migren aileden geçme eğilimi gösterir, migrenli çocukların %80'inde pozitif aile öyküsü vardır<sup>49</sup>. Bununla birlikte, migren ve küme baş ağrısı ile ilgili aile öyküsü çalışmaları, aile üyelerinde tanının doğrulanmasındaki zorluk ve zamanla duruma olan farkındalığın artması nedeniyle sınırlıdır. Auralı migren, hemiplejik migren ve CADASIL gibi bazı migren türlerinin genetik yükü daha fazladır. Son iki hastalık, otozomal dominant kalıtım ile bilinen genetik varyasyonlardan kaynaklanır. Çoğu genetik hastalık gibi migrenin erken başlangıcı birinci derece akrabalarda migren öyküsüyle ilişkilidir<sup>50</sup>. 73 proband (bir ailede bir genetik bozukluğa sahip olduğu belirlenen ilk birey) ve 72 eşleştirilmiş kontrolü içeren 511 birinci derece akraba ile yapılan bir popülasyon çalışması, probandlarda migren riskinin kontrol gruplarına göre %50 daha yüksek olduğunu göstermiştir<sup>51</sup>. Risk, engellilik yaratan migreni olan probandların akrabalarında daha yüksek bulunmuştur. Yazarlar, ailesel faktörlerin (genetik veya çevresel) migren vakalarının yarısından azını kapsadığı sonucuna varmıştır. Her iki ebeveynde de migren öyküsü olması, yetişkin erkeklerde migren sıklığı ile ilişkili bulunmuştur<sup>52</sup>.

Küme baş ağrısında pozitif aile öyküsü, %2 ile %22 arasında değişmektedir, ancak tanısı doğrulanmış akrabaların çalışmalarına dayanarak genel olarak %6 ile %10 arasında olduğu söylenebilir<sup>53,54</sup>. Kronik küme baş ağrısı olan hastaların, epizodik küme baş ağrısı olanlara kıyasla pozitif aile öyküsüne sahip olma olasılıkları yaklaşık iki kat daha yüksektir (%23'e karşı %13) ve bu hastalar daha yüksek bir atak sıklığına sahiptir<sup>55</sup>. Bir ebeveynin küme baş ağrısı olduğunda, akrabalarında yaklaşık üçte bir oranında küme baş ağrısı görülebilir<sup>56</sup>. Otozomal dominant geçiş paterni yaygındır ancak evrensel değildir ve geçiş oranı, genetik yükü babadan miras alan erkeklerde daha yüksektir<sup>53</sup>. Küme baş ağrısı olan hem erkek hem de kadınların neredeyse %50'sinin migrenli bir ebeveyni, genellikle de bir babası vardır. Küme baş ağrısı olan

hastaların yaklaşık yarısında aynı zamanda migren de vardır ve benzer bir yüzdede ailede migren öyküsü bildirilmektedir<sup>56</sup>.

Aile öyküsünün öğrenilmesi birkaç açıdan faydalıdır. Hastaya, belirli bir baş ağrısı türüne katkıda bulunan genetik bir bileşenin olduğunu açıklar; vakaların %64'e varan oranlarda başlıca genetik sebeplere bağlı olduğu tahmin edilmektedir<sup>57</sup>. Bir akraba belirli bir baş ağrısı paterni sergilediyse (örneğin, bir kadın hastanın annesinin menopozdan sonra remisyona giren migren öyküsü mevcutsa) hasta benzer bir paterni takip edebilir. Bir aile üyesi için etkili olan tedaviler, diğer akrabaları için de işe yarayabilir. Şüpheli familial hemiplejik migren veya CADASIL düşünülen hastalara veya bilinen probandların etkilenmeyen akrabalarına genetik test önerilebilir. Bir baş ağrısı teşhisini hastada ve bazen de akrabalarında doğrulamak, ailelere baş ağrısına karşı potansiyel yatkınlıkları hakkında ek bilgi sağlar.

## TIBBİ ÖYKÜ

Öyküde yer alabilecek çocukluk döneminde infantil kolik, tortikollis, açıklanamayan karın ağrısı, kusma, baş dönmesi veya taşıt tutması gibi özelliklerin varlığı migren tanısı için ipucu olabilir. Hasta emin değilse ebeveyn görüşü alınması önerilir. Adet döngüsü, hamilelik, perimenopoz ve menopoz ile ilişkili baş ağrısı paterninde değişiklikler migreni olan kişilerde sık sık görülür. Malignite veya HIV öyküsü sekonder bir baş ağrısı olasılığını artırır.

Genel tıbbi öykü, bazı ilaçların belirli tıbbi sorunları olan hastalarda kontrendike olması ya da önerilmemesi nedeniyle tedaviyi yönlendirir. Örnekler arasında koroner arter hastalığı olan hastalarda triptanlar, konstipasyon eğilimli hastalarda trisiklik antidepresanlar ve kalsiyum fosfat böbrek taşı öyküsü olan hastalarda topiramamat bulunur. Bazı durumlar primer veya sekonder baş ağrıları ile ilişkilidir; bunlar arasında tiroid hastalığı, sistemik lupus eritematozus, polikistik over sendromu ve eklem hiper-mobilite bozuklukları bulunur<sup>58-61</sup>.

## SOSYAL ÖYKÜ (ÖZGEÇMİŞ)

Standart bir özgeçmiş; sigara- alkol tüketimi, madde kullanımı, meslek, fiziksel aktivite ve ev ortamı hakkında bilgiler içerir. Özellikle güncel veya önceki fiziksel, duygusal ve cinsel istismar öyküsü hakkında soru sormak önemlidir. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı; çocuklukta kötü muamele gören özellikle cinsel azınlık grubundaki yetişkinlerinde, sıklıkla eş zamanlı anksiyete, depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu ile

### ÖNEMLİ NOKTALAR

- Genel tıbbi öykü, baş ağrılarıyla ilişkili durumların yanı sıra belirli baş ağrısı tedavilerine kontrendikasyon oluşturan durumları da ortaya çıkarabilir.
- Baş ağrısı kırmızı bayraklarına aşına olmak, potansiyel olarak ciddi bir sekonder baş ağrısı bozukluğunu gözden kaçırma olasılığını azaltır.
- Fenotip primer bir baş ağrısı bozukluğunu akla getirdiğinde ancak tedaviler etkisiz olduğunda, sekonder bir baş ağrısı bozukluğu veya akut ilaç aşırı kullanımı olasılığını göz önünde bulundurmaya gerekir

birlikte daha yaygındır<sup>62,63</sup>. Bu yazar; fiziksel, duygusal veya cinsel istismar öyküsüne ilişkin bir soruyu yeni hasta alım formuna dahil eder ve hastanın bu durumu rahat bir şekilde konuşup konuşamayacağını doğruladıktan sonra hasta görüşmesi sırasında bunu ele alır. Hastanın doğrudan sorgulamaya uygun görünmediği durumlarda, "Çocukken başına gelen en kötü şey neydi?" gibi dolaylı bir yaklaşım ve ardından daha spesifik sorularla devam etmek, yaralanma, dövülme, saldırıya uğrama veya cinsel istismar gibi konular hakkında daha fazla bilgi sağlayabilir<sup>64</sup>. Olumsuz çocukluk deneyimleri, yetişkinlerde migren ve diğer baş ağrıları için risk faktörü olduğu gibi epizodikten kronik migrene geçiş için de risk faktörleri arasındadır.

Alkol özellikle migren ve küme baş ağrısı olmak üzere baş ağrılarını sıklıkla tetikler. Sigarayı bırakmanın baş ağrılarını iyileştirdiğine dair bir kanıt olmasa da küme baş ağrısı hastalarında sigara içme veya sigara dumanı maruziyeti genel nüfusa kıyasla daha siktir<sup>66,67</sup>. Evde veya iş yerinde baş ağrısı yükünü artıran belirli stres faktörleri de bulunabilir.

## MEVCUT VE ÖNCEKİ İLAÇLAR

Elektronik sağlık kayıtları sıklıkla ilaçlar ve alerji öyküsüne ait bilgilerin kaynağı olarak kullanılsa da klinisyenlerin yalnızca bunlara güvenmekten kaçınmaları önemlidir; çünkü hatalı veya eksik bilgiler nedeniyle yanlışlıklar ortaya çıkabilir. Bu özellikle ağrı kesici olarak kullanılan reçetesiz ilaçlar için geçerlidir. Hastanın hangi ilacı ne sıklıkla kullandığını tam olarak bilmek önemlidir. Atak sırasında akut ilaç kullanımının zamanlaması etkinliği değerlendirmek için kritiktir<sup>68</sup>.

Güncel ilaçların yanı sıra baş ağrısı tedavisi için hastanın geçmişte denediği ilaçların bir listesi edinilmelidir. İlaç isimleriyle birlikte bu listede ilaçların etkinliği, kullanım sıklığı, etki süresi ve yan etkileri de yer almalıdır. Hasta bu listeyi evinde, eczacısıyla veya bir eczane uygulamasıyla kontrol edebilir ve daha sonra gönderebilir.

İlaç listesi; koruyucu bir ilacın subterapötik dozu, refrakter baş ağrısına neden olabilen atak ilaçlarının aşırı kullanımı, olası ilaç etkileşimleri veya yan etki olarak sıklıkla baş ağrısına neden olan bir ilaç (veya başka yan etkiler) gibi durumlar hakkında çok kullanışlı bilgiler sağlayabilir.

Geçmişte kullanılan ilaçları bilmek, daha önce kullanılan ilaçlardan kaçınmayı veya önceki ilaçları farklı bir dozajda/deneme süresinde denemeyi ya da başka bir ilaçla kombine etmeyi içerecek şekilde yeni bir tedavi planı oluşturmayı kolaylaştırır.

## SEKONDER BAŞ AĞRISI BOZUKLUKLARINI DEĞERLENDİRME

Sekonder baş ağrısı bozukluklarının ayırıcı tanısı çok geniştir. "Kırmızı bayrakları aramak" anlamında kullanılan nimonik SNOOP, öykü veya muayenede ileri inceleme gerektiren "kırmızı bayrakları" işaret ederek sekonder baş ağrısı bozukluklarını akılda tutmayı sağlar. İlk olarak SNOOP4 olarak tanımlanan ve dört öge ile başlayan bu liste, yıllar içinde ayrıntılı olarak TABLO 1-2'de açıklanan SNNOOP10'a kadar genişlemiştir<sup>69</sup>.

Primer baş ağrısı bozukluğu fenotipine sahip baş ağrıları tedaviye yanıt vermediğinde sekonder bir baş ağrısı bozukluğu olasılığı yeniden gözden geçirilmelidir. Öyküyü alırken sekonder bir baş ağrısı olasılığı akılda tutulmalıdır, bu bölümde iki sekonder baş ağrısı bozukluğu daha da genişletilmiştir.

**Tablo 1-2 BAŞ AĞRILARINDA KIRMIZI BAYRAKLAR- SNNOOP10 LİSTESİ<sup>a</sup>**

<b>Belirti veya Semptom</b>	<b>İlişkili sekonder baş ağrısı (en uygun ICHD-3 kategorisi)</b>
Ateşi de içine alan sistemik semptomlar <sup>b</sup>	Enfeksiyon veya nonvasküler intrakranial bozukluklara bağlı baş ağrısı; karsinoid veya feokromositoma
Neoplazm öyküsü	Beyin neoplazmları, metastazlar
Nörolojik defisit veya disfonksiyon (bilinç düzeyinde gerilemeyi de içeren)	Vasküler, nonvasküler intrakranial bozukluklarla ilişkili baş ağrısı; beyin apsesi ve diğer enfeksiyonlar
Ani başlayan baş ağrısı	Subaraknoid kanama ve kranial veya servikal vasküler bozukluklarla ilişkili diğer baş ağrıları
İleri yaş (>50)	Dev hücreli arterit ve kranial veya servikal vasküler bozukluklarla ilişkili diğer baş ağrıları
Ağrı karakterinde değişiklik veya yeni başlangıçlı baş ağrısı	Neoplazmlar; vasküler, nonvasküler intrakranial bozukluklarla ilişkili baş ağrıları
Pozisyonel baş ağrısı	İntrakranial hipertansiyon veya hipotansiyon
Hapşırma, öksürme veya egzersizle presipitasyon	Posterior fossa malformasyonları, Chiari malformasyonu
Papilödem	Neoplazmlar ve diğer nonvasküler intrakranial bozukluklar, intrakranial hipertansiyon
İlerleyici baş ağrısı ve atipik prezentasyon	Neoplazmlar ve diğer nonvasküler intrakranial bozukluklar
Gebelik ve lohusalık	Kranial veya servikal vasküler bozukluklarla ilişkili baş ağrısı, postdural ponksiyon baş ağrısı, hipertansiyon ilişkili baş ağrısı (ör, preeklampsi), serebral venöz tromboz, hipotiroidi, anemi, diyabet

Otonom semptomlarla birlikte ağrılı göz	Posterior fossa, pituiter bölge veya kavernöz sinus patolojileri; Tolosa-Hunt sendromu; oftalmik nedenler
Travma sonrası başlayan baş ağrısı	Akut veya kronik travma sonrası baş ağrısı, subdural kanama ve vasküler bozukluklarla ilişkili diğer baş ağrıları
HIV gibi immün sistem hastalıkları	Fırsatçı enfeksiyonlar
Ağrı kesicinin aşırı kullanımı veya ağrı başlangıcında yeni ilaç kullanımı	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, ilaç uyumsuzluğu

HIV: İnsan bağışık yetmezliği virüsü; ICHD-3: Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırması, Üçüncü baskı.

<sup>a</sup>Do TP ve ark, Nöroloji'nin izniyle yeniden basılmıştır.<sup>69</sup> © 2019 Amerikan Nöroloji Akademisi

<sup>b</sup>İzole ateş için turuncu bayrak.

## PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ SENDROMU VE İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON

Psödotümör serebri sendromu, ventrikülomegali veya kitle lezyonu olmayan tüm intrakraniyal hipertansiyon vakalarını ifade eder. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (IIH) tanısı, sekonder bir neden tanımlanamadığında konulabilir. IIH ve psödotümör serebri sendromu için kırmızı bayraklar; baş ağrısı paterninde değişiklik veya yeni başlayan baş ağrısı, progresif baş ağrısı, atipik prezentasyon ve papilödemdir.

Artmış intrakraniyal basınç baş ağrısı fenotipi, bu ağrıları primer baş ağrılarından ayırt ettirmeyi sağlamaz. IIH'si olan çoğu kişi genellikle aurasız migren veya gerilim tipi baş ağrısı tanımına uyan baş ağrıları yaşarlar. IIH'den kaynaklanan baş ağrıları erken dönemde genellikle analjeziklere yanıt verir. İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon Tedavi Çalışması, 165'inden 161'inin kadın olduğu katılımcıların %40'ından fazlasında -kadın nüfusta normalde tahmin edilen yaygınlığının iki katından fazla oranda-öncesinde migren öyküsü olduğunu tespit etmiştir<sup>70</sup>. Ancak; IIH hastaları, IIH ile ilişkili baş ağrılarını önceki migren ataklarından genellikle ayırt edebilirler.

### ÖNEMLİ NOKTALAR

- İntrakraniyal hipertansiyonun semptomları oldukça fazladır. Ortostatik baş ağrısı en sık görülen başlangıç semptomudur; ancak postüral bileşen zamanla düzelebilir. Özellikle baş ağrısının başlangıç şekli yeni günlük ısrarcı bir baş ağrısı ise diğer semptomların dikkatli bir şekilde sorgulanması gerekir.

Geçici bulanık görme ve pulsatil tinnitus, IIH'nin yaygın semptomlarıdır. Geçici bulanık görme genellikle birkaç saniyeden bir dakikaya kadar sürer, bir veya her iki gözde tam veya kısmi görme kaybı ile karakterizedir. Sıklıkla öne eğildikten sonra ortaya çıkar. Yeni başlayan, baş ağrısının eşlik ettiği pulsatil veya non-pulsatil tinnitus da intrakraniyal hipertansiyonu düşündürür<sup>74</sup>. Hastalar sıklıkla işitsel semptomları kendileri açıklamazlar, bu nedenle doğrudan sorgulamak oldukça önemlidir.

Tablo 1-2'de pozisyonel baş ağrısı kırmızı bayrak olarak belirtilse de, IIH olan hastalar nadiren pozisyon değişiklikleri ile baş ağrısında hızlı değişiklikler bildirirler. Baş ağrısı, intrakraniyal basınç uzun süreli yatıştan sonra arttığından, sabahları daha kötü olabilir<sup>72</sup>.

IIH, obezitesi olan üreme çağındaki kadınları etkilerken psödotümör serebri sendromu çeşitli nedenlerden dolayı aynı eğilime sahip değildir. Bu nedenle şüpheli hastalar ayrıca tetrasiklin ve türevleri (örneğin, doksisisiklin, minosiklin), vitamin A ve retinoidler (örneğin, all-trans retinoik asit, izotretinoin) ve lityum kullanımı hakkında da sorgulanmalıdır<sup>71</sup>.

## SPİNAL BOS SIZINTISI İLİŞKİLİ İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON

Spinal BOS sızıntısını düşündüren kırmızı bayraklar şunları içerir<sup>69</sup>:

- Baş ağrısının aniden başlaması
- Baş ağrısı paterninde değişiklik veya yeni başlangıçlı baş ağrısı
- Ortostatik baş ağrısı
- Hapşırma, öksürme veya egzersizle tetiklenen baş ağrısı
- Progresif baş ağrısı ve atipik prezentasyon
- Baş ağrısının travma sonrası başlaması

Spontan intrakraniyal hipotansiyon, belirgin bir tetikleyici faktör olmadan ortaya çıkan veya görece önemsiz travmayı takiben ortaya çıkan spinal BOS sızıntılarını içerir (Vaka 1-3)<sup>73</sup>. Prosedürler veya cerrahi kaynaklı dural ponksiyon benzer semptomlara neden olur. Vakaların %90'ından fazlasında bulunan belirgin semptom ortostatik baş ağrısıdır<sup>74</sup>. Baş ağrısı genellikle posteriorde lokalizedir; oksipital bölge, boyun ve omuzlarda belirgindir ("askı baş ağrısı" olarak da bilinir), klasik olarak dik pozisyonda kötüleşir ve yatınca rahatlar. Klinik prezentasyon etkilenen bireyler arasında oldukça değişkendir; çoğunluğu boyun ağrısı ve sertliği, vestibülokohear semptomlar (örneğin, kulak çınlaması, işitme değişiklikleri, denge kaybı, vertigo), bilişsel değişiklikler ("beyin sisi" nden demansa kadar uzanan), yüz ağrısı, hareket bozuklukları, mide bulantısı ve fotofobi gibi farklı semptomlara sahiptir (Vaka 1-3)<sup>74</sup>.

Spinal BOS sızıntısından kaynaklanan baş ağrıalarının belirli tanımlayıcı özellikleri yoktur, ancak spontan intrakraniyal hipotansiyon, ani başlayan yeni günlük sürekli baş ağrısının bir nedeni olabilir. Aynı zamanda kronik aurasız migreni de taklit edebilir. Bu baş ağrısı tipik olarak Valsalva manevralarıyla (Tablo 1-1) ve günün ilerleyen saatlerinde kötüleşir. Ayakta geçirilen sürenin sonucu artan engellilik durumu hastanın temel günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirilememesine neden olur.

Semptom solumasının yanı sıra, potansiyel tetikleyici nedenler ve faktörler hakkında hastayı sorgulamak önemlidir. Göreceli hafif travma, örneğin kamçı yaralanması, lunapark hız trenine binilmesi , kriyopraktik manipülasyon, sinek balıkçılığı, yoga, ağır kaldırma, uzun süreli öksürük veya kusma gibi faktörler baş ağrısını başlatmış olabilir.

Özellikle eklem hipermobilitesi, bağ dokusu bozuklukları veya postural ortostatik taşikardi sendromu olan kadınlar daha sık etkilemektedir.

**VAKA 1-3** Şiddetli fotofobi nedeniyle değerlendirilmek üzere yönlendirilen 39 yaşında bir kadın hastanın şikayeti önceden migrene bağlanmıştı. Hastanın 30 yaşından beri adet döneminde ayda bir kez meydana gelen, görsel aura ile migren öyküsü vardı ve rizatriptan ile kolayca geriliyordu. Mevcut baş ağrısı, başvurusundan üç yıl önce başladı ve 6 hafta süren bir "migren" geliştirdiğinde başladı. Rizatriptan etkisizdi ve prednizon tedavisi bir gün yardımcı oldu. İşyerindeki floresan ışıklar onu rahatsız etti. Birkaç ay sonra araba kullanabiliyor ve güneş ışığına ve floresan ışıklara dayanabiliyordu. Semptom başlangıcından bir yıl sonra sadece beyaz ışıkları tolere edebiliyordu. Takip eden yıl, sadece mum ışığında akşam yemeği yiyebiliyordu. Başvuru sırasında artık çalışmıyor, karanlıkta yemek yiyordu ve her türlü ışık maruziyeti migreni tetikliyordu. Baş ağrısı, kafasına bıçak veya şiş saplanıyormuş gibi veya asit yanığı hissini veriyordu. Ağrı boyun ağrısı ile birlikte iki taraflı ve genellikle fotofobi, fonofobi, osmofobi ve hareket hastalığı ile birlikte idi. Kusma başladığında, antiemetik ilaçlarının işe yaramadığı için acil servise gitmek zorunda kalıyordu. Şiddetli baş ağrısı sırasında konsantre olamıyor ve dengesiz hissediyor, düşeceği hissine kapılıyordu. Zihinsel durumu ve duygulanımı normaldi. Muayene sırasında kafasını havluyla kapattı ve koyu güneş gözlükleri taktı. Ayrıca kullanılmadığı zaman bilgisayar ekranını da havlu ile kapladı. Muayeneye 38 watt'lık beyaz bir ampul ile bir zemin lambası getirdi. Nöro-oftalmik muayenesi normaldi. Semptomları başladığında beyin manyetik rezonans görüntülemesi kontrastlı olarak yapıldı ve normaldi. İleri sorgulamada, ilk migren ataklarından önce ağır ekipman kaldırdığını bilgisi edinildi. Eklem hiperhareketliliği öyküsü vardı. Semptomları genellikle sabahları daha hafifti ve gün ilerledikçe kötüleşti. Spinal serebrospinal sıvı sızıntısı şüphesiyle, bir kan yaması yapıldı.

**YORUM** Bu vaka, sekonder baş ağrıları için kırmızı bayrakların dikkate alınmasının önemini göstermektedir. Hastanın önceden migren öyküsü olsa da, baş ağrısı karakterinde önceki ataklara göre değişiklik göstermesi ve derin fotofobi, intrakraniyal hipotansiyon tanısını düşündürdü.

## **BAŞAĞRISI DEĞERLENDİRMESİNDE FİZİKSEL MUAYENE**

Baş ağrısı olan hastalarda fiziksel muayene şunları içermelidir:

- Vital bulgular (kan basıncı, sıcaklık, boy, ağırlık, kalp hızı)
- Genel nörolojik muayene, fundoskopik muayene dahil
- Kranial periferik duyuşal sinirlerin palpasyonu, büyük ve küçük oksipital sinirler, aurikulotemporal sinirler, supraorbital ve supratroklear sinirler, zigomatikotemporal sinirler

ve troklealar dahil bu bölgelerde hassasiyet veya ağrı gelişimine bakılması. ŞEKİL 1-1, başı besleyen periferik sinirlerin dağılımını gösterir.

- Servikal hareket aralığı ve palpasyonu
- Boyun çevresi ve Mallampati derecesi

Belirli klinik özelliklerle yönlendirilen ek muayene manevraları şunları içerir:

- Çene açıklığı mesafesinin, krepitasyon, hassasiyetin değerlendirilmesi
- Temporal arterler palpasyonu
- Otoskopik muayene
- Trendelenburg testi (Spinal BOS sızıntısından şüphelenilen hastaları değerlendirmek için kullanılır. Hastayı 5 ila 10 dakika boyunca 5 ila 10 derece Trendelenburg pozisyonuna yerleştirin. Trendelenburg pozisyonunda başağrısı veya diğer semptomlarda iyileşme, bu tanıyı büyük ölçüde destekler.)

### **SORGULAMA ANKETLERİ (BAŞAĞRISI FORMLARI)**

Baş ağrısı öyküsü almak, birçok farklı yönü olan kapsamlı bir süreç olmalıdır. Baş ağrısı uzmanları, ziyaret sırasında mümkün olduğunca çok bilgi toplamak için genellikle randevudan önce doldurulan çeşitli anketleri rutin olarak hazır bulundurur. Kağıt anketler kullanılabilir, ancak anketleri elektronik tıbbi kayda programlayıp randevudan önce dağıtmak, çalışan zamanı maliyetini ortadan kaldırır. Sık kullanılan, geçerli anketler baş ağrısı engelliliği (Migren Engellilik Değerlendirmesi, tüm baş ağrısı türleri için pratikte sık kullanılsa da özellikle migren için geliştirilmiştir), anksiyete, depresyon, uyku apnesi ve travma sonrası stres bozukluğu hakkında bilgi sağlar.

Önemli geçmiş bilgileri içeren ve, özelleştirilmiş bir çevrimiçi baş ağrısı formları da mevcuttur. Anketin verileri, hastaların sağlık kayıtlarına yüklenir ve ofis ziyareti sırasında görüntülenebilir. Anket, baş ağrısının başlangıcı ve süresi, şiddeti, sıklığı, süresi, lokalizasyonu, karakteri, ilişkili semptomları ve ağrıdan tamamen özgür günleri içerir. Ayrıca tetikleyiciler, aile öyküsü, geçmiş ve mevcut ilaçlar, baş ağrısı yükü ve engellilik, tıbbi ve sosyal öykü ve ikincil baş ağrıları için kırmızı bayraklar hakkında bilgi toplar. Bu, mülakat sırasında hastanın deneyimini optimize etmek için ifade biçimini gözden geçirmeye yardımcı olur.

### **ÖNE ÇIKARILAN ÖNERİLER**

- Öncelikle ve en önemlisi, tanıyı açık bir şekilde ifade edin. 2000'lerin başında yapılan Amerikan Migren Yaygınlık ve Önleme çalışmasında, yaklaşık 80.000 hane halkından 162.576 bireyin migren teşhisi ve tedavisi altında oldukları bildirildi. Katılımcıların yanıtları, Uluslararası Baş ağrısı Bozuklukları Sınıflaması, İkinci Baskıya göre migren özelliklerine dayanarak, onları migren veya diğer şiddetli baş ağrıları olan kişiler olarak tanımladı. İlginç şekilde, Uluslararası Başağrısı Bozuklukları Sınıflaması, İkinci Baskı tanısı olanların sadece %56,2'si daha önce migren teşhisi almıştı. Tanı almamış gruptan gelen kendi bildirdikleri baş ağrısı tipleri arasında sinüs baş ağrısı (%39), gerilim tipi baş ağrısı (%31) ve stres baş ağrısı (%29) bulunmaktadır. Tanılar şimdi elektronik tıbbi kayıtlarda kodlanmıştır ve hastalar bunlara kolayca erişebilir, ancak bu da ideal bir iletişim stratejisi olmayabilir. Eğer tanı belirsiz ise, nedenini açıklayın ve bir tanıyı doğrulamak için sonraki adımları özetleyin.



- “Sor-yanıtla-sor” stratejisi, hastanın mevcut bilgisini üzerine inşa edilmesini ve gerektiğinde hastanın önceki bilgilerinin düzeltilmesini içerir: u
- Hastadan sorunu kendi anlayışıyla anlatmasını İSTEYİN.
- Hastaya anlaşılabilir bir düzeyde gerçekleri SÖYLEYİN, yanlış kavramlarını düzeltin ve doğru yanıtlarını onaylayın. Bu, uzunluk veya detay açısından hastayı rencide edici veya ezici şekilde olmamalıdır.
- Hastadan ne söylediğini anlayıp anlamadığını SORUN ve açıklamasını veya başka bir şekilde ifade etmesini isteyin.

Gerçekçi beklentileri ifade edin. Hastalar genellikle baş ağrılarının "tedavi edilmesini" ister, bu çoğu birincil baş ağrısı bozukluğu için gerçekçi olmayan bir hedeftir. Çoğu hasta baş ağrısı yönetimi ile belirgin bir iyileşme elde edecek ancak optimal bireysel tedavi stratejisini bulmak biraz zaman alabilir. Makul bir hedef, daha az sıklıkta ve şiddette baş ağrıları ile ihtiyaç duyulduğunda etkili akut tedaviyi sağlamaktır. Bu, hastanın viziti sırasında ilettiği şeyleri tekrarlamak ve teyit etmek için iyi bir zamandır (örneğin, “Amacımız baş ağrılarınızı iyileştirmek, böylece işe veya okula gidebilir, çocuklarınızın aktivitelerinde yer alabilir, plan yapabilir veya tatile çıkabilirsiniz.”).

Bazı hastalar soru sormak için çok çekingen olabilir. Soru sormak için tehditkar olmayan bir yol, “Bugün size başka nasıl yardımcı olabilirim?” demektir.

Reçeteleri, yaygın yan etkileri ve dozaj programlarını hasta ile tartışın (müsaitse, bu konuda hemşirelik personeli yardımcı olabilir). Takip randevusunu ve ofis dışı iletişim talimatlarını planlayın.

## **EVE GÖTÜRÜLECEK BİLGİLER, SON GELİŞMELER VE KAYNAKLAR**

- Hastalar, ayakta tedavi sırasında iletilen bilgileri hatırlama ve anlama konusunda farklı düzeylerine ve yeteneklere sahiptir. Çeşitli çalışmalar, hastaların bir ofis ziyareti sırasında iletilen bilgilerin %50'sinden azını hatırlayıp anladığını göstermektedir. Hasta portalı için elektronik mesajlaşma kullanırken de; hem hastalar hem de doktorlar arasında farklılıklar vardır. Bu faktörler, tedavi planlarına uyumu etkilemektedir.
- Elektronik tıbbi kayıtlar , talimatlarımızı yazılı olarak kolayca sunmamıza ve uygulayıcının onayladığı çeşitli güvenli internet sitelerine bağlantılar içeren “akıllı ifadeler” kullanarak bir hastanın durumu hakkında bilgi sağlamamıza olanak tanır. Birincil bakım ortamında yapılan çeşitli çalışmalar, poliklinik vizitleri sonrası özetlerin hastanın diğer vizitine kadar geçecek sürede; ilaçlar ve test sonuçları için telefon çağrıları sayısını azalttığını ve hastaların bunları faydalı olarak algıladığını göstermektedir. Poliklinik vizitleri sonrası özetler, güçlü bir eğitim aracı olma potansiyeline sahip olmasına rağmen, kötü organize edilmiş, çok uzun, gereksiz bilgiler içerikler hastalar için karışık olabilir. Bunları, okunabilirliği ve anlaşılabilirliği artırarak hasta merkezli hale getirmek için yeniden tasarlamak zor ve bazen imkansız olabilir.

Hastalara net bilgiler aktarmak için tüm iyi niyetlerimize rağmen, önemli eğitim bilgilerini manuel olarak vurguluyor da olsa, poliklinik vizitleri sonrası kağıt özetlerin çoğu çöp

kutusunda son bulmaktadır. Çalışmalar ayrıca, ziyaret sonrası özetindeki önceden doldurulmuş bilgilerin, örneğin ilaç ve alerji listelerinin sıklıkla yanlış olduğunu ve en yüksek hatırlanan bilgilerin ilaçlar ve doktor talimatları için olduğunu göstermektedir. Yazılı bilgiler her zaman etkili olmadığından, ziyaretin video kayıtlarını düşünmek faydalı olabilir. Birçok tıp merkezi, yetkisiz video kullanımını yasaklar ve birçok doktor da kaydedilmek konusunda isteksizdir. Sekiz farklı nöroşirurji uzmanını gören 2800 hastayı kapsayan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası videolarını bir kezden fazla izledi ve üçte ikiden fazlası bunu bir aile üyesi, arkadaş veya başka bir doktorla paylaştı. Ankete katılanların üçte ikisi, ziyaretlerinden daha fazlasını hatırladıklarını ve yarısı videonun tıbbi sorunlarıyla ilgili kendilerini daha rahat hissettirdiğini bildirdi. Neredeyse %90'ı videonun yardımcı olduğunu ve %98,5'i gelecekteki ziyaretlerin kaydedilmesini önerdi. Kimse bunu sızdırıcı bulmadı ve kimse videoyu tıbbi-hukuki bir eylemde kullanmadı.

Baş ağrısı günlükleri, bir hastanın ilerlemesini değerlendirmek için paha biçilmezdir. Seçenekler arasında kağıt takvim, hastanın akıllı telefonu veya bilgisayarındaki takvim ve baş ağrısı veya migren takibi için özel olarak tasarlanmış uygulamalar bulunur. TABLO 1-4, ofis ziyareti, hasta eğitimi ve günlük uygulamaları için kullanılacak kaynakları göstermektedir. Bu yazarın kağıt baş ağrısı günlüğü, bu makale için Ek Dijital İçerik olarak mevcuttur ([links.lww.com/CONT/A407](https://links.lww.com/CONT/A407)), kenardaki QR kodu aracılığıyla erişilebilir.

### **Anahtar Noktalar**

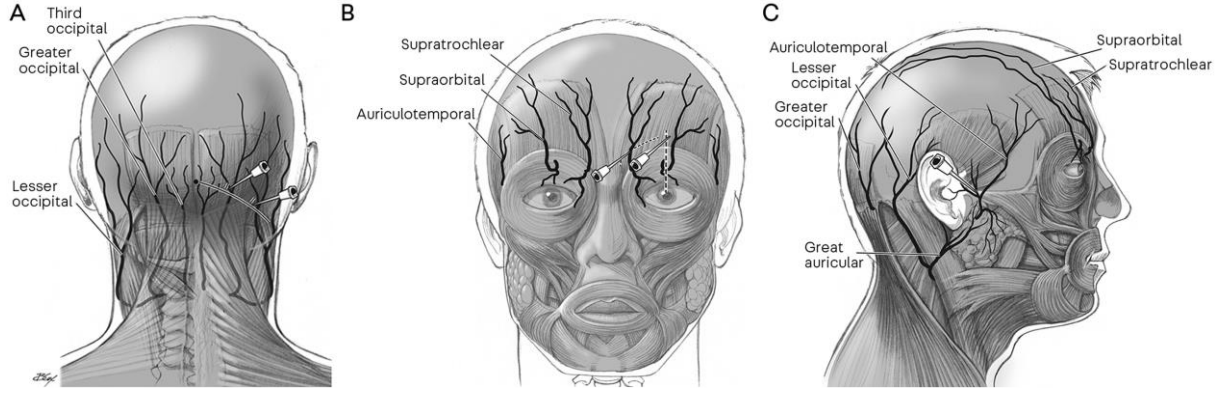
Anamnez ve hikaye genellikle baş ağrısı tanısına götürse de fiziksel muayene özellikle fundus muayenesi önemlidir.

Yaygın baş ağrısı komorbiditeleri için hazırlanmış hem alım anketleri hem de geçerli anketler öyküyü daha etkin hale getirir. En başarılı sonuçlar hastanın anketleri randevudan önce doldurduğu anketlerle ortaya çıkar.

“Sor-söyle-sor” stratejisi hastanın baş ağrısının tanısını ve planın anlaşılmasının güçlendirir. Gerçekçi amaçlar ve beklentiler yaratmak için hastanın soru sormasını teşvik edin.

### **SONUÇ**

Baş ağrısı olan her hasta farklıdır ve her ilk ziyaret farklıdır. Hastanızı tanıma ve doğru tanıya ve optimal tedaviye ulaşma süreci, büyük ölçüde anamnezden oluşur. Hastanın her ziyaretinde ve hasta ile birlikte zaman içerisinde daha derinlemesine düşündükçe, yeni bilgiler ortaya çıkar. Yaygın baş ağrısı bozukluklarına aşina olmak, soru sorma hattını odaklamaya yardımcı olur. Nörolojik muayeneye benzer olarak, düzenli bir sorgulama sistemi ile hasta değerlendirme baş ağrısı hastasına yaklaşımda oldukça işe yarar. Ön ziyaret anketleri, hastanın hangi tür bilgilere ihtiyaç duyulduğunu bilmesine yardımcı olur ve klinisyenin hikayedeki temel yönleri atlamasını da aynı zamanda önler. Titiz bir dedektiflik çalışmasına benzer şekilde, öykü ve anamnez alma süreci; hasta ilişkilerini, bilim ve tedavilerdeki ilerlemeler ile birleşerek, baş ağrısı olan bireylere yaşam kalitelerini önemli ölçüde iyileştirmeyi geliştirir ki bu da baş ağrısı tıbbını eğlenceli ve ödüllendirici kılmaktadır.



**Figür 1.1** Başağrılarını için uygulanan periferik sinir blokajlarının kranial ve üst servikal sinir enjeksiyon bölgeleri. En sık periferik sinir blokajı enjeksiyon bölgeleri büyük ve küçük oksipital sinirler (A) , supraorbital ve supratrokleolar sinirler (B,C) ve auriküler sinirlerdir (B,C).

**Table 1-3** Başağrısında sık kullanılan geçerliliği onaylanmış sorgu anketleri

ANKET	KISALTMA	AMAÇ	SORU SAYISI	LİSANS GEREKLİLİĞİ
Allodini Semptom Kontrol Listesi	ASC-12	Kutanöz allodini	12	Hayır
Berlin Anketi		Erişkinlerde uyku apnesi	6	Hayır
Genel Anksiyete Bozukluğu-7	GAD-7	Anksiyete	7	Hayır
Başağrısı Etki Testi-6	HIT-6	Başağrısının fonksiyonelliğe etkisi	6	Evet
Migren Dizabilite Değerlendirilmesi	MIDAS	Migren dizabilitesi	5+2	Hayır
Migren Fonksiyonel Etki Anketi	MFIQ	Migrenin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonelliğe etkisi (erişkinde)	26	Evet, araştırma için
Migren Tedavi Optimizasyonu	MTOQ	Akut migren tedavisine yanıt	5	Hayır
Boyun çevresi, obezite, hormala, yaş, cinsiyet	NoSAS	Uyku apnesi	5	
Hasta Küresel Değişim İzlenimi	PGIC	Tedavi yanıtında durum değişikliği	7	Hayır
Hasta Sağlık Anketi	PHQ-9	Depresyon	9	Hayır
PTSD-Kontrol Listesi DSM-5	PCL-C	Post travmatik stres bozukluğu (sivil)	17	
STOP-BANG Anketi	STOP-BANG	Uyku apnesi	8	

**Tablo 1-4 : Poliklinik Viziti ve Sonrası için Kaynaklar**

İsim	Websitesi	Tanım
<b>Klinik Kaynaklar</b>		
Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu 3. baskı	ichd-3.org	primer ve sekonder baş ağrıları için resmi sınıflama sistemi ve tanı kriterleri
Amerikan Baş ağrısı Derneği	americanheadachesociety.org	Profesyonel organizasyon, karşılama kriterleri, baş ağrısı uzmanı bulmak, klinisyen ve stajyerler için çevrim içi eğitimler
Beighton Skoru	ehlers-danlos.com/assessing-joint-hypermobility	Eklem hipermotilite skorlaması
Yeni hasta alım anketi	Bu makale için ek dijital içerik olarak bulunmakta	Dr Friedman anketi çevrimiçi bastırılıp programlanabilir; geçerli anketler de mevcuttur ( MIDAS, GAD-7, PHQ-9, STOP-BANG, ASQ-12, PTSD)
Takip soru anketi	Bu makale için ek dijital içerik olarak bulunmakta	Dr Friedman anketi çevrimiçi bastırılıp programlanabilir; geçerli anketler de mevcuttur; baş ağrısı dizabilite ve etki anketinin eklenmesi önerilir
<b>Klinisyen ve hastalar için kaynaklar</b>		
Amerikan Migren Kurumu	americanmigrainefoundation.org	Eğitim kaynakları ve migrenliler için savunma araçları
Uluslararası Baş ağrısı Kurumu	headaches.org	Hastalar için eğitim kaynakları, sağlayıcı bulmak, birinci basamak profesyonelleri eğitmek, uygulamaları takip etmek
Kadın Sağlığı Ofisi	womenshealth.gov	Migren ile ilgili sık sorular sorulara cevaplar
WebMD	webmd.com	Hastalar için migren bilgileri
Migren için Mil	milesformigraine.org	Yürüyüş -koşu -relaksasyon bağış toplayıcıları, aileler ve hastalar için eğitim etkinlikleri, destek grupları, sosyal etkinlikler
Kanada Migren	migrainecanada.org	Hasta eğitimi, savunuculuk, kütüphane baş ağrısı klinikleri, Kanada sağlık sistemi kapsamındaki konular
Küme Dostları	clusterbusters.org	Küme baş ağrısı için araştırma, savunuculuk desteği ve hasta kaynakları
Küme Baş ağrısı Savaşçıları	clusterheadachewarriors.org	Hasta desteği, eğitim, koruyuculuk, küme ve diğer otonomik sefaljiler için araştırma desteği
<b>Günlük uygulamaları</b>		
Migraine Buddy	migrainebuddy.com	Migren takip uygulaması
Manage My Pain Pro	managemypainapp.com	Baş ağrısı ve diğer kronik ağrıların takibi

Migraine Mentor	bontriage-başağrısı-takipçi- ios.soft112.com	Hasta geri bildirimini için yapay zeka kullanır
iHeadache	iheadache.com	Detaylı baş ağrısı takibi
Migraine Insight	Migraineinsight.com	Migren takip uygulaması

<b>Kağıt günlükler</b>		
Kağıt Baş ağrısı Günlüğü	Bu makale için ek dijital içerik olarak mevcuttur	Dr Friedman'in indirilebilir kağıt günlüğü
NHF Baş ağrısı Günlüğü	headaches.org/wp-content/uploads/2021/05/HEADACHE-DIARY.pdf	İndirilebilir kağıt günlük

## KAYNAKLAR

- Ryan CW. Evaluation of patients with chronic headache. Am Fam Physician 1996;54(3):1051-1057.
- Ravishankar K. The art of history-taking in a headache patient. Ann Indian Acad Neurol 2012; 15(Suppl 1):S7-S14. doi:10.4103/0972-2327.99989
- Orr SL. Headache in children and adolescents. Continuum (Minneapolis Minn) 2024;30(2, Headache):437-471.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia Int J Headache 2018;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
- Buse DC, Lipton RB. Facilitating communication with patients for improved migraine outcomes. Curr Pain Headache Rep 2008;12(3):230-236. doi: 10.1007/s11916-008-0040-3
- Cowan RP, Rapoport AM, Blythe J, et al.

- Diagnostic accuracy of an artificial intelligence online engine in migraine: A multi-center study. Headache 2022;62(7):870-882. doi:10.1111/head.14324
- Potter R, Hee SW, Griffiths F, et al. Development and validation of a telephone classification interview for common chronic headache disorders. J Headache Pain 2019;20(1):2. doi: 10.1186/s10194-018-0954-z
- Platt F, Gaspar D, Coulehan J, et al. "Tell me about yourself": the patient-centered interview. Ann Intern Med 2001;134:1079-1085.
- Robertson K. Active listening: more than just paying attention. Aust Fam Physician 2005;34(12):1053-1055.
- Lipton RB, Hahn SR, Cady RK, et al. In-office discussions of migraine: results from the American migraine communication study. J Gen

- Intern Med 2008;23(8):1145-1151.  
doi:10.1007/  
s11606-008-0591-3
- Karsan N, Bose P, Newman J, Goadsby PJ. Are some patient-perceived migraine triggers simply early manifestations of the attack? J Neurol 2021;268(5):1885-1893.  
doi:10.1007/  
s00415-020-10344-1
- 12 Pradhan S, Choudhury SS. Clinical characterization of neck pain in migraine. Neurol India 2018;66(2):377-384.  
doi:10.4103/0028-3886.227302
- 13 Kelman L. The premonitory symptoms (prodrome): a tertiary care study of 893 migraineurs. Headache 2004;44(9):865-872.  
doi:10.1111/j.1526-4610.2004.04168.x
- 14 Shah DR, Dilwali S, Friedman DI. Migraine aura without headache [corrected]. Curr Pain Headache Rep 2018;22(11):77.  
doi:10.1007/s11916-018-0725-1
- 15 Hadjikhani N, Vincent M. Can you have a migraine aura without knowing it? Curr Opin Neurol 2021; 34(3):350-355. doi:10.1097/  
WCO.0000000000000924
- 16 Karsan N. Migraine pathophysiology. Continuum (Minneapolis Minn) 2024;30(2, Headache):325-343.
- 17 Kelman L. Migraine pain location: a tertiary care study of 1283 migraineurs. Headache 2005; 45(8):1038-1047. doi:10.1111/j.1526-4610.2005.05185.x
- 18 Kelman L. Pain characteristics of the acute migraine attack. Headache 2006;46(6):942-953.  
doi:10.1111/j.1526-4610.2006.00443.x
- 19 Ashina S, Mitsikostas DD, Lee MJ, et al. Tension-type headache. Nat Rev Dis Primer 2021;7(1):24.  
doi:10.1038/s41572-021-00257-2
- 20 Burch R. Acute treatment of migraine. Continuum (Minneapolis Minn) 2024;30(2, Headache):344-363.
- 21 Burish MJ, Rozen TD. Trigeminal autonomic cephalalgias. Neurol Clin 2019;37(4):847-869. doi: 10.1016/j.ncl.2019.07.001
- 22 Goadsby PJ. Pathophysiology of cluster headache: a trigeminal autonomic cephalgia. Lancet Neurol 2002;1(4):251-257.  
doi:10.1016/  
s1474-4422(02)00104-7
- 23 Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia Int J Headache 2018;38(1):51. doi: 10.1177/0333102417738202
- 24 Dodick DW, Eross EJ, Parish JM, Silber M. Clinical, anatomical, and physiologic relationship between sleep and headache. Headache 2003; 43(3):282-292. doi:10.1046/j.1526-4610.2003.03055.x
- 25 Rammohan K, ShyamaMM, Das S, Shaji CV. Hypnic headache: a rare primary headache syndrome in an Indian population with a mini review of literature. Neurol India 2021;69(5):1277-1281. doi: 10.4103/0028-3886.329541
- 26 Silva-Néto RP, Santos PEMS, Peres MFP. Hypnic headache: A review of 348 cases published from 1988 to 2018. J Neurol Sci 2019;401:103-109. doi: 10.1016/j.jns.2019.04.028

- 27 Suri H, Ailani J. Cluster headache: a review and update in treatment. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2021;21(7):31. doi:10.1007/s11910-021-01114-1
- 28 Naber WC, Fronczek R, Haan J, et al. The biological clock in cluster headache: A review and hypothesis. *Cephalalgia Int J Headache* 2019; 39(14):1855-1866. doi:10.1177/0333102419851815
- 29 Poulsen AH, Younis S, Thuraiayah J, Ashina M. The chronobiology of migraine: a systematic review. *J Headache Pain* 2021;22(1):76. doi: 10.1186/s10194-021-01276-w
- 30 Ryan S, Wakerley BR, Davies P. Red ear syndrome: a review of all published cases (1996-2010). *Cephalalgia Int J Headache* 2013;33(3):190-201. doi:10.1177/0333102412468673
- 31 Tiwari A, Maurya PK, Qavi A, et al. Cranial autonomic symptoms in migraine: an observational study. *Ann Indian Acad Neurol* 2022;25(4):654-659. doi:10.4103/aian.aian\_948\_21
- 32 Robblee J, Secora KA. Debunking myths: sinus headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2021;21(8): 42. doi:10.1007/s11910-021-01127-w
- 33 Bernichi JV, Rizzo VL, Villa JF, Santos RF, Caparroz FA. Rhinogenic and sinus headache - literature review. *Am J Otolaryngol* 2021;42(6):103113. doi:10.1016/j.amjoto.2021.103113
- 34 Mínguez-Olaondo A, Quintas S, Morollón Sánchez-Mateos N, et al. Cutaneous allodynia in migraine: a narrative review. *Front Neurol* 2022; 12:831035. doi:10.3389/fneur.2021.831035
- 35 Arendt-Nielsen L, Morlion B, Perrot S, et al. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *Eur J Pain Lond Engl* 2018;22(2): 216-241. doi:10.1002/ejp.1140
- 36 Karsan N, Pérez-Rodríguez A, Nagaraj K, Bose PR, Goadsby PJ. The migraine postdrome: spontaneous and triggered phenotypes. *Cephalalgia Int J Headache* 2021;41(6):721-730. doi:10.1177/0333102420975401
- 37 Lampl C, Thomas H, Stovner LJ, et al. Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. *J Headache Pain* 2016;17:9. doi:10.1186/s10194-016-0599-8
- 38 Brandt RB, Cnossen VM, Doesborg PG, et al. Unilateral increased visual sensitivity in cluster headache: a cross-sectional study. *Cephalalgia Int J Headache* 2022;42(8):722-729. doi:10.1177/03331024221077664
- 39 Ashina S, Bentivegna E, Martelletti P, Eikermann-Haerter K. Structural and functional brain changes in migraine. *Pain Ther* 2021;10(1):211-223. doi:10.1007/s40122-021-00240-5
- Vincent M, Viktrup L, Nicholson RA, Ossipov MH, Vargas BB. The not so hidden impact of interictal burden in migraine: a narrative review. *Front Neurol* 2022;13:1032103. doi:10.3389/fneur.2022.1032103
- 41 Lo SH, Gallop K, Smith T, et al. Real-world

- experience of interictal burden and treatment in migraine: a qualitative interview study. *J Headache Pain* 2022;23(1):65. doi:10.1186/s10194-022-01429-5
- 42 Lipton RB. Preventive treatment of migraine. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2024;30(2, Headache):364-377.
- 43 Prakash S, Rawat KS. Hemicrania continua: an update. *Neurol India* 2021;69(Supplement):S160-S167. doi:10.4103/0028-3886.315976
- 44 Goadsby PJ. Indomethacin-responsive headache disorders. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2024;30(2, Headache):487-496.
- 45 Casanova A, Vives-Mestres M, Donoghue S, Mian A, Martin PR. An observational study of self-reported migraine triggers and prospective evaluation of the relationships with occurrence of attacks enabled by a smartphone application (App). *Headache* 2022;62(10):1406-1415. doi:10.1111/head.14328
- 46 Marmura MJ. Triggers, protectors, and predictors in episodic migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2018;22(12):81. doi:10.1007/s11916-018-0734-0
- 47 Russell MB, Fenger K, Olesen J. The family history of migraine. Direct versus indirect information. *Cephalalgia Int J Headache* 1996;16(3):156-160. doi:10.1046/j.1468-2982.1996.1603156.x
- 48 Ottman R, Hong S, Lipton RB. Validity of family history data on severe headache and migraine. *Neurology* 1993;43(10):1954-1960. doi:10.1212/wnl.43.10.1954
- 49 Hernandez-Latorre MA, Roig M. Natural history of migraine in childhood. *Cephalalgia Int J Headache* 2000;20(6):573-579. doi:10.1046/j.1468-2982.2000.00083.x
- 50 Eidlitz-Markus T, Haimi-Cohen Y, Zeharia A. Association of age at onset of migraine with family history of migraine in children attending a pediatric headache clinic: a retrospective cohort study. *Cephalalgia Int J Headache* 2015;35(8):722-727. doi:10.1177/0333102414554114
- 51 Stewart WF, Staffa J, Lipton RB, Ottman R. Familial risk of migraine: a population-based study. *Ann Neurol* 1997;41(2):166-172. doi:10.1002/ana.410410207
- 52 Pelzer N, Louter MA, van Zwet EW, et al. Linking migraine frequency with family history of migraine. *Cephalalgia* 2019;39(2):229-236. doi:10.1177/0333102418783295
- 53 Vliet JA van, Ferrari MD, Haan J. Genetic factors in cluster headache. *Expert Rev Neurother* 2003;3(3):301-306. doi:10.1586/14737175.3.3.301
- 54 O'Connor E, Nikram E, Grangeon L, et al. The clinical characteristics of familial cluster headache. *Cephalalgia Int J Headache* 2022;42(8):715-721. doi:10.1177/03331024221076478
- 55 Barloese MCJ, Beske RP, Petersen AS, et al. Episodic and chronic cluster headache: differences in family history, traumatic head injury, and chronic risk. *Headache* 2020;60(3):515-525. doi:10.1111/head.13730



- 56 Kudrow L, Kudrow DB. Inheritance of cluster headache and its possible link to migraine. *Headache* 1994;34(7):400-407. doi:10.1111/j.1526-4610.1994.hed3407400.x
- 57 Bron C, Sutherland HG, Griffiths LR. Exploring the Hereditary Nature of Migraine. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021;17:1183-1194. doi:10.2147/NDT.S282562
- 58 Rzewuska N, Kunicki J, Pieniak K, et al. A systematic review on idiopathic intracranial hypertension comorbid with polycystic ovarian syndrome and its consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2024;292:1-7. doi:10.1016/j.ejogrb.2023.11.005
- 59 Tasnim S, Nyholt DR. Migraine and thyroid dysfunction: Co-occurrence, shared genes and biological mechanisms. *Eur J Neurol* 2023;30(6):1815-1827. doi:10.1111/ene.15753
- 60 Sarangi S, Nahak SK, Rupashree A, Panigrahi J, Panda AK. Prevalence of migraine in systemic lupus erythematosus: A meta-analysis. *Lupus* 2023;32(8):983-992. doi:10.1177/09612033231182202
- 61 Martin VT, Neilson D. Joint hypermobility and headache: the glue that binds the two together—part 2. *Headache* 2014;54(8):1403-1411. doi:10.1111/head.12417
- 62 Sikorski C, Mavromanoli AC, Manji K, Behzad D, Kreatsoulas C. Adverse childhood experience and primary headache disorders: a systematic review, meta-analysis, and application of a biological theory. *Neurology* 2023;101(21):e2151-61. doi:10.1212/WNL.0000000000207910
- 63 Rosendale N, Guterman EL, Obedin-Maliver J, et al. Migraine, migraine disability, trauma, and discrimination in sexual and gender minority individuals. *Neurology* 2022;99(14):e1549-59. doi:10.1212/WNL.0000000000200941
- 64 Department of Health. Victoria A. Trauma and abuse - asking questions. Accessed January 3, 2024. <https://www.health.vic.gov.au/practiceand-service-quality/trauma-and-abuse-askingquestions>
- 65 Peterlin BL, Ward T, Lidicker J, Levin M. A retrospective, comparative study on the frequency of abuse in migraine and chronic daily headache. *Headache* 2007;47(3):397-401. doi:10.1111/j.1526-4610.2006.00713.x
- 66 Rozen TD. Linking cigarette smoking/tobacco exposure and cluster headache: a pathogenesis theory. *Headache* 2018;58(7):1096-1112. doi:10.1111/head.13338
- 67 Ferrari A, Zappaterra M, Righi F, et al. Impact of continuing or quitting smoking on episodic cluster headache: a pilot survey. *J Headache Pain* 2013;14(1):48. doi:10.1186/1129-2377-14-48
- 68 Burstein R, Levy D, Jakubowski M. Effects of sensitization of trigeminovascular neurons to

triptan therapy during migraine. *Rev Neurol* (Paris) 2005;161(6-7):658-660. doi:10.1016/s0035-3787(05)85109-4

69 Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology* 2019;92(3):134-144. doi:10.1212/WNL.0000000000006697

70 Friedman DI, Quiros PA, Subramanian PS, et al. Headache in idiopathic intracranial hypertension: findings from the idiopathic intracranial hypertension treatment trial. *Headache* 2017;57(8):1195-1205. doi:10.1111/head.13153

71 Friedman DI. Headaches due to low and high intracranial pressure. *Continuum (Minneap Minn)* 2018;24(4, Headache):1066-1091. doi:10.1212/CON.0000000000000623

72 Mitchell JL, Buckham R, Lyons H, et al. Evaluation of diurnal and postural intracranial pressure employing telemetric monitoring in idiopathic intracranial hypertension. *Fluids Barriers CNS* 2022;19(1):85. doi:10.1186/s12987-022-00384-2

73 Schievink WI. Spontaneous intracranial hypotension. *N Engl J Med* 2021;385(23):2173-2178. doi:10.1056/NEJMra2101561

74 D'Antona L, Jaime Merchan MA, Vassiliou A, et al. Clinical presentation, investigation findings, and treatment outcomes of spontaneous intracranial hypotension syndrome: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol* 2021;78(3):329-337. doi:10.1001/jamaneurol.2020.4799

75 Kato Y, Hayashi T, Arai N, et al. Spontaneous Intracranial Hypotension Associated with Postural Tachycardia Syndrome. *Intern Med* 2019;58(17):2569-2571. doi:10.2169/internalmedicine.2587-18

76 Blumenfeld A, Ashkenazi A, Napchan U, et al. Expert Consensus Recommendations for the Performance of Peripheral Nerve Blocks for Headaches – A Narrative Review. *Headache J Head Face Pain* 2013;53(3):437-446. doi:10.1111/head.12053

77 Rozen T, Swidan S, Hamel R, Saper J. Trendelenburg position: a tool to screen for the presence of a low CSF pressure syndrome in daily headache patients. *Headache* 2008;48(9):1366-1371. doi:10.1111/j.1526-4610.2007.01027.x

78 Woldeamanuel YW, Cowan RP. Computerized migraine diagnostic tools: a systematic review. *Ther Adv Chronic Dis* 2022;13:20406223211065236. doi:10.1177/20406223211065235

79 Kwon J, Lee H, Cho S, et al. Machine learning-based automated classification of headache disorders using patient-reported questionnaires. *Sci Rep* 2020;10(1):14062. doi:10.1038/s41598-020-70992-1

80 Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. *Headache* 1991;31(5):290-295. doi:10.1111/j.1526-4610.1991.hed3105290.x

81 Vetvik KG, MacGregor EA, Lundqvist C, Russell

- MB. A clinical interview versus prospective headache diaries in the diagnosis of menstrual migraine without aura. *Cephalalgia Int J Headache* 2015;35(5):410-416. doi: 10.1177/0333102414545891
- 82 Diamond S, Bigal ME, Silberstein S, et al. Patterns of diagnosis and acute and preventive treatment for migraine in the United States: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2007;47(3):355-363. doi:10.1111/j.1526-4610.2006.00631.x
- 83 Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55(3):164-177. doi:10.3322/canjclin.55.3.164
- 84 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003;163(1):83-90. doi:10.1001/archinte.163.1.83
- 85 Heisey-Grove DM, DeShazo JP. Look who's talking: application of a theory-based taxonomy to patient-clinician e-mail messages. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc* 2020;26(11):1345-1352. doi:10.1089/tmj.2019.0192
- 86 Deeds S, Carr S, Garrison M, Fainstad T. Delivery of standardized patient instructions in the after-visit summary reduces telephone calls between clinic visits. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual* 2018;33(6):642-648. doi:10.1177/1062860618770043
- 87 Neuberger M, Dontje K, Holzman G, et al. Examination of office visit patient preferences for the after-visit summary (AVS). *Perspect Health Inf Manag* 2014;11(Fall):1d.
- 88 Pathak S, Summerville G, Kaplan CP, Nouri SS, Karliner LS. Patient-Reported Use of the After Visit Summary in a Primary Care Internal Medicine Practice. *J Patient Exp* 2020;7(5):703-707. doi:10.1177/2374373519879286
- 89 Federman A, Sarzynski E, Brach C, et al. Challenges optimizing the after visit summary. *Int J Med Inf* 2018;120:14-19. doi:10.1016/j.ijmedinf.2018.09.009
- 90 Pavlik V, Brown AE, Nash S, Gossey JT. Association of patient recall, satisfaction, and adherence to content of an electronic health record (EHR)-generated after visit summary: a randomized clinical trial. *J Am Board Fam Med* 2014;27(2):209-218. doi:10.3122/jabfm.2014.02.130137
- 91 Meeusen AJ, Porter R. Patient-reported use of personalized video recordings to improve neurosurgical patient-provider communication. *Cureus* 2015;7(6):e273. doi:10.7759/cureus.273