



Baş Ağrısı Epidemiyolojisi

Prof. Dr. Aksel Siva

Baş ağrısı, yaygın olarak görülen bir semptom olup, hekimlerin en sık karşılaştıkları ve doğal olarak kendilerinin ve yakınlarının da en çok etkilendiği bir sağlık sorunudur. Baş ağrılarının önemli bir bölümü migren ve gerilim tipi baş ağrısı özelliğinde olan süregen (kronik) ağrılardır. Bu baş ağrıları kişiyi, yaşamının önemli bir bölümünde hem ağrı özelliği ile, hem de ağrının dolaylı ve dolaysız sonuçları ile etkileyebilmektedir. Öte yandan kimi zaman depresyon ve diğer bazı psikiyatrik olaylar da bu tür ağrılara, ya da varolanların sıklaşmalarına neden olabilmektedir. Baş ağrılarına yönelik epidemiyolojik çalışmalar bu ağrılarının sıklığını ve yayılımını, etkilendikleri çeşitli yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum ve diğer etkenleri değerlendirerek, ağrının mekanizmasına, özelliklerine, ve tedavisine yönelik anlayışımızın geliştirilmesine yaramaktadır. Öte yandan ağrıya bağlı işgücü kaybı, baş ağrısının neden olduğu sağlık harcamaları ve ilişkili ekonomik götürüler de sağlık sorunlarının bir diğer boyutunu anlamamızı sağlayacaktır.

PRİMER BAŞ AĞRILARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Migren

Gelişmiş ülkelerde benzer yöntemlerle yapılan migren prevalans çalışmaları bu tür baş ağrısının erişkin kadınlarda %12-24; erkeklerde ise %5-12 oranlarında görüldüğünü göstermektedir. Ülkemizde gerçekleştirilen çok merkezli bir baş ağrısı epidemiyolojisi çalışmasında, 15-55 yaş grubunda migren prevalansı %16.4 olarak bulunmuş olup bu oran kadınlar için %21.8, erkekler için %10.9'dur. Bu değerler göreceli olarak yüksek izlenimi vermekle birlikte yakın zamanda batıda yapılmış çalışmalar ile uyumludur. Toplumumuzda migrenin en çok görüldüğü yaş grubu 30-39 olarak bulunmuştur. Öte yandan öğrenim düzeyi düşük, eşinden ayrılmış veya dul olanlarda migren daha yüksek oranlarda görülür iken, kırsal veya kent yerleşimli yaşam ve genelde sosyoekonomik düzey açısından migren prevalansı önemli farklılık göstermemek-

tedir. Bölgesel olarak bakıldığında Marmara, Orta Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde prevalans %11.4-14.7 arasında değişmekte, buna karşılık Ege, Akdeniz ve Doğu-Güneydoğu Anadolu'da artmakta ve %20.6-%24 gibi değerlere ulaşmaktadır.

Migren prevalans değerlerinden söz edilirken verilen oranlar migren atağı haftada bir-iki kez gelenleri alabildiği gibi, yılda sadece birkaç atak geçirenleri de içermektedir. Amerikan Migren Çalışması'nda migren atak sıklığı ayda birden az olanların oranı %36, 1-3 arası olanlar %38, daha sık olanların oranı ise %26 olarak bulunmuştu. Atakların süresi %76 migrenlide 12 saatten kısa, %12'sinde 12-24 saat, diğer %12'sinde de daha uzun, şiddeti ise %64'ünde çok, diğerlerinde orta veya hafif derecelerde tanımlanmıştı.

Migrenle karşılaşılma sıklığı çocukluk döneminde anlamlı bir cinsiyet farkı göstermezken, puberteden sonra kadınlarda artmakta ve erişkin nüfusta kadın-erkek oranı, 2/1'e ulaşmaktadır.

Çocuklarda migren prevalans değerleri %3-6 arasında bildirilmekle birlikte gerçekte bu oran olasılıkla çok daha yüksektir. Nitekim çocuklarda migren olarak kabul edilen baş ağrılarının gerek erişkinler kadar belirgin özellikler taşımaması, gerekse çocuklar tarafından her zaman iyi tanımlanamaması ve epidemiyolojik araştırmaların bu yaş grubunda kısıtlı olması nedeniyle gerçek oranların ne olduğu kesin söylenememektedir. Ülkemizde Mersin Bölgesi'nde okul çocuklarında yürütülen bir çalışma ise ilköğretim öğrencileri arasında migren prevalansı %10.4 olarak saptanmıştır (Buğdaycı R, Özge A, Şaşmaz T, ve ark, 2002, yayında).

Küme (Cluster) Baş Ağrısı

Nadir karşılaşılan bu primer baş ağrısı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlı olup, bildirilen prevalans değerleri %0.1-0.4 arasında değişmektedir. Erkeklerde daha sık görülmekte olup, erkek/kadın oranı 5/1-2 olarak kaydedilmektedir.

Gerilim Tipi Baş Ağrısı (GBA) ve Günlük Süregen Baş Ağrısı (GSBA)

GBA sıklık ve şiddetine göre de değişkenlik gösterir, batıda yapılan çalışmalar bu ağrı sıklığının toplumda episodik tipte %60'lara kadar çıktığını, hatta aştığını, süregen tipte ise %3'ü aşmadığını göstermektedir. Ancak, ülkemizde bölgeler arasında farklar olmasına rağmen GBA prevalans oranları, episodik tipi için %20-30, süregen tip için %3.1 olarak bulunurken, %3.1 lik bir toplum kesiminde de günlük süregen baş ağrısı ile karşılaşmıştır. Gerek migren, gerekse gerilim tipi baş ağrısı olarak başlayan ve zaman içinde giderek sıklaşan ve "primer" özelliklerinin bir kısmınının belirginliğini yitirdiği ve çoğu zaman aşırı ağrı kesici ve / veya ergotamin kullanımı ile ilişkili olan günlük süregen baş ağrısı (Chronic Daily Headache), 1988 Uluslararası Baş Ağrısı Der-

neği'nin (International Headache Society-IHS) 1988 sınıflamasında yer almakla birlikte, 2003'te yayınlanması beklenen gözden geçirilmiş ve yeni sınıflamada bulunacaktır. Yakın zamanda Fransa'da yapılan yeni baş ağrısı epidemiyoloji çalışmasında da GSBA için ülkemizdeki ile aynı oran bulunmuştur.

BAŞ AĞRILARININ TOPLUMA GETİRDİĞİ YÜK

Baş ağrısı genellikle sadece "Ağrı" boyutu ile ele alınmakta, ağrının gerek kişiye, gerekse topluma getirdiği yükler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Migren ve gerilim tipi primer baş ağrıları sadece bir ağrı sorunu olarak görülmemeli, tüm sonuçları ile birlikte değerlendirilmelidir. Nitekim "ağrı" ile birlikte aşağıda değineceğimiz diğer migren belirtileride kişinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Atakların sık geldiği kişilerde "gene atak gelecek" endişesi bu kişilerin bir kısmında depresyonun gelişmesi için neden oluşturabilmekte, depresyonun ortaya çıktığı kişilerde ataklar daha da sıklaşmakta ve böylece bir kısır döngü oluşmaktadır. Öte yandan ataklar kişinin diğer aile fertleri ile ilişkisini, çalışan bir kişi ise ayrıca işyerindeki verimini ve ilişkilerini giderek olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunların sonucunda kişinin yaşam kalitesi giderek bozulurken, sağlık harcamalarının artması ile doğrudan, iş yerinde verimsizlik şeklinde de dolaylı olarak kendisine ve topluma ekonomik bir yük getirmektedir.

Günümüzde hastalıkların toplumlara getirdikleri ekonomik yük giderek daha çok önem taşımaktadır. Bu yükün bir kısmı hastalıkların tanı ve tedavi giderleri olarak kabul edilen her türlü doktor, inceleme, hastane, tedavi ve benzeri tutarlar olarak hesaplanan "doğrudan" giderlerdir. Ancak ekonomik yükün daha önemli bölümü hastalığa bağlı işe gidememe ve işte verim düşüklüğüne bağlı iş gücü kaybından kaynaklanan "dolaylı giderler" olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada ev kadınlarının işgücü kaybının da ele alınmasının gerekeceğini ve evde hastası olan (örneğin çocuğu hasta olan çalışan anne) kişinin bu nedenle işine gidememesinin de bu giderler içinde önemli yer tutacağını unutmamak gerekir.

Sadece migren türü baş ağrısının Amerika Birleşik Devletleri bütçesine getirdiği yıllık yükün 1.4-17.2 milyar Dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada migrenin İngiliz ekonomisine yıllık yükünün 280 milyon sterlin olduğu ve bunun sadece 30 milyonunun -doktor ve tedavi- gideri olduğu, geri kalanının iş gücü kaybına bağlı dolaylı giderler olduğu öne sürülmüştür. İngiltere'de yapılan bir diğer çalışmada migrene bağlı iş gücü kaybının erkeklerde yılda 5.6 gün olduğu, bunun 1.5 gününün hiç işe gitmeme, 4.1 gününün işte migrenden dolayı verim düşüklülüğüne bağlı olduğu, kadınlarda bu kayıpların sırası ile 6.7, 2.1 ve 4.6 gün olduğu bildirilmiştir. Bu kayıpların ekonomik karşılığının yılda -diğer çalışmadan farklı olarak- 611-741 milyon sterlin olacağı hesaplanmaktadır.

Türkiye çalışmasında son bir yıl içinde *Migren*'e bağlı işgücü kaybının yılda ortalama 5.4 gün olduğu bulunmuştur. Bu işgücü kaybının, Şubat 2002 rakamlarına göre uyarlanmış günlük asgari ücret üzerinden bütçeye getirdiği tahmini yük ise yılda yaklaşık 270 trilyon TL (200 milyon Dolar) olarak hesaplanmaktadır. Bunlara sağlık harcamaları da eklendiğinde rakamlar daha da büyümektedir. Dolayısı ile migrenin doğru olarak tanınıp tedavi edilmesinin kişinin yaşam kalitesini düzeltme yanında, topluma da getireceği olumlu katkılar gözardı edilmemelidir.

E-GBA'na bağlı işgücü kaybının ise yılda ortalama 2.7 gün olduğu ve bütçeye getirdiği yükün yılda yaklaşık 270 trilyon TL (170 milyon Dolar) olacağı, süregen gerilim tipi ağrı için ise bu rakamların 4.1 gün ve yaklaşık 80 trilyon TL (60 milyon Dolar) olacağı hesaplanmaktadır. Her ne kadar bu rakamlar kesin olmasa da primer baş ağrılarının dolaylı ekonomik yükünün ulaşabileceği boyutlar hakkında bilgi vermektedir. Bunun yanında altta yatan ciddi bir nedenin olmadığı bu primer-süregen baş ağrıları ile başvuran kişilerden istenecek olan, özellikle BT veya MRG gibi görüntüleme ve diğer inceleme yöntemlerinin aşırı ve gereksiz olması da doğrudan olan ekonomik yükü çok arttırmaktadır.

Baş Ağrısı için Doktora Başvuru

Baş ağrılarına bağlı gerek bireysel (fizik - psikolojik - ekonomik), gerekse toplumsal yükü azaltmanın ilk koşulu baş ağrıyan daha çok kişinin doktora başvurmasını sağlamak, bu kişilerin baş ağrılarını iyi tanıyabilmek ve doğru tedavi etmektir. Kadın migrenlilerin %60, erkeklerin de %70 kadarının hekim tanısı almadıkları "tanısı konmamış migrenli" oldukları bildirilmiştir. Çeşitli çalışmalarda migren veya diğer süregen-primer baş ağrısı olan kişilerin bu yakınmaları için doktora başvuru oranlarının %50'yi geçmediği kaydedilmektedir. Memleketimizde baş ağrısı nedeni ile doktora başvuru oranı %38.9 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %46.1, erkeklerde %30.1 dir. Migren'lilerin doktora başvuru oranı %47.1'e yükselmekte, E-GBA olanlarda ise %26.8'i geçmemektedir. Bekleneceği gibi S-GBA'nda bu oran %54 ile en yüksektir. Migren'lilerin %75.4'ünde, gerilim tipi baş ağrısı olanların ise sadece yarısında doğru tanıya varılmaktadır. Öte yandan bu tür baş ağrıları nedeni ile doktora başvuranlara nadir olmayarak "kronik sinüzit", "boyun kireçlenmesi" ve "hipertansiyon" gibi gerçekte süregen baş ağrısı ile ilgisi olmayan tanılar konmaktadır!

Baş Ağrısı için Doktor Seçimi

Türk Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Çalışması'nın en önemli verilerinden biri baş ağrıyan kişilerin ilk olarak hangi doktora gittikleri sorusuna verdikleri yanıtıdır. Buna göre memleketimizde baş ağrıyanların %36.9'u öncelikle bir nöro-

loğa, %27.8'i bir dahiliye, %16.3 ü bir KBB, %12'side bir nöro-şirürji uzmanına başvurmaktadır. Birinci basamak hekimlere başvuranların oranı ise sadece %16.3 tür. 1997 yılında gerçekleştirilen bu alan çalışmasında bulunan bu oranlar hekim seçimindeki yanlışı çok net bir şekilde vurgulamaktadır. Günümüzde halkın ilk basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının biraz daha düzeldiğini umut etsek bile, "önce bir uzman görsün" yaklaşımının ülkemizdeki sağlık anlayışı ve politikalarında öncelikle değişmesi gereken önemli bir soruna işaret ettiğini görmeli ve göstermeliyiz.

Baş Ağrısı için İlaç Kullanımı

Baş ağrısı sırasında ağrı kesici kullandığını belirtenlerin oranı %85.7 olup, bunların ancak %33.6'sı söz konusu tedavilerinin bir doktor tarafından verildiğini, %11.4'ü aldıkları ilacın bir eczane ve %32.7'si başka bir baş ağrılı kişi tarafından önerildiğini, %29.6'sı ise doğrudan kendilerinin seçtiklerini belirtmektedirler. Baş ağrıları nedeni ile profilaksi amacı ile ilaç kullananların oranı %9.6 olup, migrenlilerin auralı, aurasız veya GBA ile birlikte olmasına göre bu oran %5.9-21.7 arasında, GBA grubunda ise alt gruplara göre %4.7-14.3 arasında değişmektedir.

HASTALIK BİRLİKTELİĞİ (CO-MORBIDITY)

Migren ve Diğer Hastalıklarla Birlikteliği

Değişik çalışmalarda, migrenlilerde bazı hastalıklarla, migreni olmayanlara göre daha sık karşılaştığı bildirilmektedir. Bunların arasında öncelikli olarak bazı psikiyatrik hastalıklar, ayrıca hipertansiyon, mitral kapak prolapsusu ve inme sayılmaktadır. Migrenlilerde, epilepsi ile karşılaşılma olasılığını, normal nüfusta beklenen %0.5'in yaklaşık on katı olan %5.9'a kadar bildiren çalışmalar olmakla beraber bu oran genel pratikte bunun altında izlenimini vermektedir. Ancak, her ikisinde artmış nöronal uyarılabilirlik durumu ile şekillenen bu nörojenik hastalıklara birlikte rastlanması şaşırtıcı değildir. Panik bozukluk, anksiyete ve affektif bozukluklar, majör depresyon tabloları migrenlilerde normal popülasyona göre 3-6 kez daha sık görülebilmektedir.

Genç yaşta (45 yaş altı) karşılaşılan inme nedenleri arasında migren sıklıkla sayılmakla birlikte, bu ilişki daha çok 45 yaş altı migrenli kadınlarda ortaya çıkmakta, migrenin auralı olması, sigara tüketimi ve oral kontraseptif kullanımı ile inme geçirme riski giderek artmakta, ve normal nüfusa göre bu migrenlilerin 3-14 kez daha sık inme geçirebilecekleri bildirilmektedir. Bununla birlikte migren ile inme ilişkisinin farklı boyutları olabileceği unutulmamalıdır. Nitekim tesadüfi olarak iki olay bir arada görülebileceği gibi, inme sırasında migreni andıran bir baş ağrısı ortaya çıkabilir.

Hastalık birlikteliği gerek tanı, gerekse tedavi seçenekleri açısından önem taşımaktadır. Örneğin migren ile epilepsi birlikteliğinde tercih edilecek ilk ilaç

valproate, topiramate veya lamotrigin; migren ile hipertansiyon birlikteliğinde beta-blokerler, depressif bir migrenlide ise antidepresanlar öncelik kazanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hayran O, Zarifoğlu M, Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Erdine S (ed). *Ağrı* 2000; 181 - 183
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8, Suppl.7:13-90
3. Lafnez, MJA, Vioque, J, Hernandez-Aguado, I, Titus, F. Prevalence of Migraine in Spain. In: Olesen J, ed. *Headache Classification and Epidemiology*. Raven Press Ltd, New York, 1994; 221-225.
4. Lipton RB. Epidemiology and comorbidity of headache. Headache in adults. Education program Syllabus, AAN 51st annual meeting, April 17-24; 1999; 7FC.004-21-40)
5. Peres MF, Epidemiology of headache. In ed. Gilman S. *Medlink Neurology*, April-June 2002,
6. Russel MB, et al. *Int J Epidemiol* 1995; 24:612-618.
7. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of Tension Type Headache. *JAMA* 1998; 279:3811-383.
8. Silberstein SD, Lipton BR, Dalessio DJ. (eds): *Wolff's Headache and other head pain*, Seventh Edition, 2001 Oxford University Press.
9. Spierings LH. *Migraine: Questions and Answers*, Second Edition, Merit Publishing International, 2001.
10. Stewart WF, Shechter BA, Rasmussen BK. Migraine prevalence: A review of population based studies. *Neurology*, 1994; 44 (suppl 4):17-23.

Bu bölümde ülkemize ait verilen bilgilerin büyük kısmı 1997-8 sonucu elde edilen ve ilk kez Amerikan Nöroloji Akademisi'nin 49. Kongresinde (1998) ön veriler olarak sonra da 31. Ulusal Nöroloji Kongresi'nde ve 1999 Dünya Baş ağrısı Kongresi'nde (IHS) ayrıntılı olarak sunulan sonuçlar olup bu çalışma grubu ve çalışmaya katkısı olanların ayrıntılı listesi aşağıda kaydedilmiştir:

Türk Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Çalışma Grubu: **Marmara Bölgesi:** İ. Ü. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi:* Y. Çelik, H. Denktaş, B. Göksan, E. Ilgaz, O. Kantarcı, H. Narlı, S. Saip, S. Selamet, A. Siva; *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi:* O. Hayran; *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi:* H. Akış, İ. Altaylı, N. Varlı, M. Zarifoğlu; **İç Anadolu Bölgesi:** *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi:* M. A. Topçuoğlu, E. Saka, D. Haydari, K. Kayahan, M. Yemişçi, K. Selekler; *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi:* S. Güllap, B. Cengiz, Ç. Timuçin, B. Nazhel, B. Koçek, E. Kaleli, C. İrkeç; *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi:* C. Tulunay; *Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi:* H. Akdemir, N. Uzuner; **Ege Bölgesi:** *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi:* H. Mavioğlu, H. Yılmaz; *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi:* F. İdman, V. Öztürk, Özakbaş; **Akdeniz Bölgesi:** *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi:* Y. Sarica, Ş. Bıçakçı; **Karadeniz Bölgesi:** *Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi:* A. Akbaş, C. Boz, O. Bölükbaşı, Özmenoğlu; **Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi:** *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi:* Y. Yücel, N. Taşdemir; *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi:* H. Ekmekçi, C. Özcan.

Türkiye Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Çalışması Piar-Gallup ile birlikte ve Türk Bayer sponsorluğunda gerçekleştirilmiştir.