



EDİRNE İLİ MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ POPÜLASYONDA ORTOSTATİK ÖZELLİKLİ BAŞAĞRISI PREVALANSI¹

Bülent KANDEMİR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D.

Özet: Aile hekimlerinin toplumda en sık karşılaşılan sağlık sorunlarının ilk sıralarında yer alan baş ağrısının ayırıcı tanılarından birisi İntrakraniyal Hipotansiyondur. Uluslararası ve ulusal düzeyde Ortostatik Baş ağrısı hakkında yapılmış toplum kaynaklı çalışmalar yetersizdir. Bundan dolayı Edirne’de yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda Ortostatik Baş ağrısı prevalansını saptamak amacıyla bir saha çalışması planladık. Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki 18 yaş üzerindeki popülasyonda İntrakraniyal Hipotansiyon Prevalansının belirlenmesi amacıyla 1810 (909 erkek, 901 kadın) katılımcı üzerinde yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Seçilen örneklemin, tüm evreni temsil etmesine dikkat edildi. Katılımcıların %29,1’inin çalışmadığı, %19,3’ünün memur olduğu, %15,8’inin diğer meslek gruplarından olduğu, %10,3’ünün işçi olduğu, %9,8’inin serbest çalıştığı, %8,6’sının özel sektörde çalıştığı, %7’sinin sağlık çalışanı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda; başağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetlerin olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sonuç olarak; aile hekimi başağrısı olan her hastaya ağrı kesici yazması doğru olmamakla beraber, ön tanı ve ayırıcı tanıları düşünebilmesi gerekir. Bu araştırmayla İntrakraniyal Hipotansiyona spesifik semptomların sıklığını belirleyerek hekimlerin doğru teşhisle hastaların sevkini yapabilmeyi ve gereksiz ağrı kesici kullanımını azaltmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Baş Ağrısı Prevalansı, Hipotansiyona Spesifik Semptomları, Ortostatik Baş Ağrısı

¹ Bu makale Yazarın Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Prof.Dr.Nezih DAĞDEVİREN danışmanlığında Aile Hekimliği A.B.D. da yapılan Tıp Uzmanlık Tezinden Yararlanılarak hazırlanmıştır.

ORTHOSTATIC HEADACHE PREVALENCE IN POPULATION ABOVE THE AGE OF 18 LIVING IN EDİRNE CITY CENTER ABSTRACT

One of the distinctive diagnoses of headache which is placed near the top and seen as common health problems by family doctors in society is Intracranial Hypotension. International and national society-oriented studies made about Intracranial Hypotension are inadequate. Therefore, we planned a field work with the purpose of determining Intracranial Hypotension prevalence in population above the age of 18 living in Edirne city. This research is a definitive and cross-sectional research made on 1810 participants (909 men, 901 women) with the purpose of determining the Intracranial Hypotension prevalence in population above the age of 18 and living in Edirne city centre. It was paid attention that selected sample complied with all population. It was determined that 29.1% of the participants were unemployed; 19.3% of them were civil servants; 15.8% was from other occupational groups; 10.3% was worker; 9.8% was self employed persons; 8.6% worked in private sector; 7% was medical staff. In our study, it was ascertained that there was a significant relation in statistical terms between the condition of headache's being orthostatic, the situation of sometimes being orthostatic but not always being orthostatic for headaches, being other complaints apart from orthostatic headaches, imbalance in standing position and alcohol usage ($p<0,05$). As a result, it is wrong for family doctor to prescribe medication for each patient who has headaches. Besides he should consider pre-diagnoses and differential diagnoses. We aimed at decreasing unnecessary usage of painkillers, being able to refer patients with true diagnosis by determining the frequency of specific symptoms of Intracranial Hypotension.

Key Words: Headache Prevalence, Symptoms Specific To Hypotension, Orthostatic Headache

GİRİŞ VE AMAÇ

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH), spontan spinal Beyin Omirilik Sıvısı (BOS) kaçağından kaynaklanan ve nadir görülen bir rahatsızlıktır (1). Teşhis konulması zor bir hastalıktır. Prototip klinik belirtiler, ortostatik baş ağrısı ve BOS basıncıyla nitelendirilmektedir.

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH), nörolojik literatürde açık bir şekilde tanımlanmasına rağmen, genellikle baş ağrısı tanı ve tedavi incelemelerinde ve dahiliye literatüründe bahsedilmemiştir (2,3).

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH) ilk olarak 1938 yılında Alman nörolog Georg Schaltenbrand tarafından "aliquorrhoea" olarak tanımlanmıştır (4). Daha sonraları bu tanımın düşük basınç altında olduğu fark edilerek "hypoliquorrhoea" terimi kullanılmaya başlanmıştır (5).

Ortostatik hipotansiyon, bireyin yatar pozisyonundan oturur pozisyona geçmesine veya aniden ayağa kalkmasına bağlı olarak gelişen bir semptomdur (6,7).

1950'li yıllardan sonra İntrakraniyal Hipotansiyon (İH) terimi kullanılmıştır. BOS açılış basınçları her zaman düşük olmadığı

için SİH hastalarında BOS hipovolemisi olarak kullanılmıştır. SİH olgularının çoğunluğunda spontan spinal BOS kaçağı tercih edilen bir terim olmaktadır.

Uluslararası Baş ağrısı Komitesi [International Headache Society (IHS)], İntrakraniyal Hipotansiyonun (İH) en önemli belirtisi olan postür al baş ağrısını; dik postürde 15 dakikadan kısa bir sürede ortaya çıkan veya şiddetlenen, yatar pozisyonda da 30 dakikadan daha az sürede hafifleyen veya geçen baş ağrısı olarak tanımlamıştır (8). İH, BOS basıncının 60 mm H₂O ve altında olmasından kaynaklanır (8,9). BOS basıncının normal sınırları yaklaşık olarak 60-180 mm H₂O'dur (10). Bazı hastalarda tipik semptomlar görülmesine rağmen, normal BOS basıncı görülmektedir (11-17). Birçok vakada bazı bulgularda semptom süresi ve BOS bulguları arasındaki ilişki tam olarak kanıtlanmamıştır (12,13,15,17,18).

İntrakraniyal hipotansiyonun diğer baş ağrısına sebep olan hastalıklardan farklı belirti, bulgu, tanı ve tedavi yöntemi olması ayrıca dünya üzerinde hastalığın prevalansını saptamaya yönelik toplum kaynaklı saha çalışmalarının yetersizliği sebebiyle Edirne şehir merkezinde ortostatik özellikli baş ağrısı prevalansını saptamaya yönelik bir saha çalışması planladık. Planladığımız bu çalışmada, kullandığımız anketlerin dünya standartlarına uygun olmasına ve anket verilerinin doğru yorumlanmasına dikkat ettik.

SPONTAN İNTRAKRANİYAL HİPOTANSİYON (SİH) BAŞAĞRISI

1. Epidemiyoloji

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH) un nadir bir hastalık olduğu düşünülürken, yeni araştırmaların bulguları tam tersine genç ve orta yaşlı bireylerde gelişen baş ağrısının sebebi olduğu belirlenmiştir. Schievink ve arkadaşlarının (19) yaptığı çalışmada SİH prevalansı 50000'de bir olarak hesaplandığı saptanmıştır. Yakın bir zamanda yapılan bir çalışmada acil servise başvuran hastaların radyolojik bulguları gözden geçirildiği zaman subaraknoid kanama sıklığının yarısı kadar SİH gözlemlendiği (100000'de 5) saptanmıştır (20). SİH bulguları genellikle 50-60'lı yaşlarda görüldüğü belirlenmiştir. İnsidans en yüksek değere ise 40'lı yaşlarda ulaşmaktadır (21). SİH cinsiyet üzerinden incelendiğinde, kadınlar erkeklerden 1,5:1 oranı ile daha sık etkilenmektedir.

2. Etiyoloji Ve Patogenez

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH) un spinal BOS kaçağına bağlı olarak geliştiği kabul edilmektedir. SİH teşhisi zor bir hastalık olduğu için, spinal BOS lokal bir rahatsızlık vermediği sürece gözden kaçabilir.

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH) un başka bir özelliği ise; BOS'un steril spinal epidural venöz pleksus ve perispinal yumuşak doku tarafından absorbe edilmesi sonucunda menenjit riski artmaktadır.

İntrakraniyal Hipotansiyon (İH), klinik ve radyolojik bulguları belirten otore ve rinore olgularında spinal BOS kaçağında araştırılması uygun olur. Çünkü BOS kaçağının da etkilerinden biri baş ağrısıdır. Spontan spinal BOS kaçağının sebebi tam olarak bilinmemektedir. BOS kaçağının spinal meninklerdeki zayıflıktan şüphelenilmektedir (20). Cerrahi işlem sırasında dura delik-

leri, divertikülleri ve normal spinal sinir köklerini çevreleyen duranın tamamen yokluğu saptanabilmektedir (22,23,21).

Vasküler tipte olan baş ağrısı belirtileri olarak; boyun ağrısı, interskapular ağrı, bulantı, kusma, baş dönmesi, horizontal diplopi, işitme değişiklikleri, görme bozuklukları, yüzde uyuşma, üst ekstremitelerde güçsüzlük gibi semptomlardır (6).

Baş ağrısı, farklı birçok teşhisin konduğu, ayakta tedavisi yapılan yaygın bir problemidir. Özellikle gençlerdeki çoğu baş ağrısı intrakraniyal bir hastalığın sonucu değildir, özellikle baş ağrıları kronikse bunların stres ve vasküler baş ağrıları olduğu düşünülür. En yaygın vasküler baş ağrısı türü yaygın migrendir. Diğer türleri ise klasik migren, küme tipi baş ağrısı, öksürük baş ağrısı, efor baş ağrısı ve post-koital baş ağrılarıdır. Yeni ortaya çıkmış ve akut baş ağrıları bazı ciddi intrakraniyal rahatsızlıkların olabileceğine dikkat çekmektedir. Bu olasılıklar enfeksiyon (menenjit, ensefalit veya beyin apsisi), kanama (subdural, subaraknoid veya intraserebral) ve tümördür (iyi huylu primer beyin tümörü, kötü huylu primer beyin tümörü veya metastatik tümör).

Kronik migren (KM) ve kronik gerilim tipi baş ağrısı (KGTB) arasındaki ilişkiyi doğru bir biçimde değerlendirmek için konuyla doğal olarak alakalı iki yönünü ele almamız gerekmektedir. Bunlardan birincisi aura-sız migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı arasındaki bağlantıdır ve ikincisi ise kronik günlük baş ağrılarının (KGB) karakterizasyonudur (24).

Spontan intrakraniyal hipotansiyon temel bir klinik özelliği olan yeni başlamış bir baş ağrısının türüdür. Bu özellik de hasta

yattığında hemen etkili bir rahatlık sağlayan, fakat otururken veya ayaktaiken tekrarlayan ağrılarıdır. Baş ağrısının bu özelliği bilinen lomber ponksiyon sonrasında görülen baş ağrısına benzer fakat lomber ponksiyon öyküsü yoktur. Lomber ponksiyon, hekimlerin BOS örneği elde etmek için başvurdukları bir girişimdir. Fakat mevcut pnömosefalusu arttırabileceği ve çok kısa zamanda hastada herniasyona kadar gidebilecek önemli sorunlara yol açabilirler (25).

Lomber ponksiyon yapıldığında kesin bir teşhis için düşük açılış basıncının görülmesi gerekir. Eğer en katı teşhis kriteri izleniyorsa bu basınç BOS basıncı 70 mm H₂O hatta belki de 30 mm H₂O altında olmalıdır. Gösterilen BOS basıncı doğru bir şekilde yansıttığını doğrulamak için spinal sıvı Valsalva manevrasıyla serbest bir şekilde alınmalıdır; eğer bu olmuyorsa o zaman spinal bir blok olabilir veya iğne yanlış yerleştirilmiştir. Stile iğneden çekildiğinde bir emme sesi duyulabilir ve görüntüleme çalışmaları subaraknoid boşluktaki havayı gösterebilir (7).

3. Tanı

2004 yılında yayınlanan Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflamasındaki (ICHD-II) kriterlerin SİH tanısını tam olarak yansıtmadığı belirlenmiştir. SİH'in birçok radyolojik ve klinik bulguları mevcuttur. Bunun sebebi de olguların tamamında 15 dakika oturma ve ayakta kalma ile ortaya çıkan ortostatik baş ağrısının 72 saat içinde tamamen geçmesinin izlenmemesinden kaynaklanır. İH için radyolojik ve klinik bulgular üzerine yeni tanısal kriterler belirlenmiştir

(26).

4. Diğer Başağrısı Tipleri:

Klinik olarak baş ağrısı tipleri;

- Ortostatik başağrısı
- Efora bağlı baş ağrısı
- Küme başağrısı

4.1 Ortostatik baş ağrısı;

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SIH), klinik olarak lomber fonksiyon sonrası oluşan başağrısına benzemekte ve ortostatik başağrısı ile karakterize edilen nadir görülen bir klinik sendromdur. SIH'in en tipik ve en sık görülen bulgusu ayağa kalktıktan saniyeler veya dakikalar sonra gelişen ortostatik başağrısıdır. Yatarak gelişen başağrısının düzelmesi daha yaygın görülmekte ve ortalama 30 dakika süre içinde gerçekleşmektedir. Ortostatik hipotansiyon, bireyin yatar pozisyondan oturur pozisyona geçmesine, aniden ayağa kalkmasına bağlı olarak gelişen fiziksel bir semptom olarak görülür (27). Senkopun yaygın sebebi olan ortostatik hipotansiyon hastalık, sakatlık ve hatta ölüme bile neden olabilen önemli bir risk faktörüdür. Semptomatik veya asemptomatik olarak seyredebilir (28-29).

Yaşlılarda, yaşlılık etkisi ile homeostatik mekanizmanın bozulması ve sempatik sinir sisteminin zayıflaması nedeniyle yaygındır. Özellikle yaşlı bireylerde daha sık görülür ve yaygındır. Yapılan çalışmalarda huzurev-

lerinde %4-67,9 arasında görülme sıklığı saptanmıştır (30-31).

Basağrısı frontotemporale veya daha sıklıkla oksipital bölgelere lokalize olabilmektedir. Her zaman simetrik olmasa bile hiçbir zaman tek taraflı değildir. Hastaların çoğu başağrısı gününü hatırlamaktadır. Bu tip başağrısı subaraknoid kanamayı akla getirmekte ve serebral anjiyografi gibi invaziv prosedürlerin uygulanmasına sebep olmaktadır (32).

Ortostatik hipotansiyonun ölüm oranının artmasında da etkili risk faktörü olduğu saptanmıştır (32-33). Basağrısının gerçek mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Beynin BOS içerisinde yüzerliliğini kaybetmesi nedeni ile aşağıya doğru sarkmasına bağlı ağrıya hassas yapıların, özellikle intrakraniyal ve üst servikal duranın gerilimine bağlı olduğu düşünülmektedir. Ağrıya hassas intrakraniyal venöz yapıların dilatasyonuna da bağlıdır.

4.2 Efora bağlı başağrısı;

Uzun süre çalışan bireylerde, egzersiz yapan atletlerde sık sık yarışmalara katılan sporcularda görülen bir baş ağrısı tipidir. Zonklayıcı tarzda ve ense, şakaklarda çok şiddetli olan bir ağrı türüdür.

4.3. Küme Basağrısı;

Küme başağrısı özellikle göz çevresinde alın ve şakakta tek taraflı olarak görülen başağrısı tipidir. 20-40 yaş arası erkeklerde dah sıklıkla görülür. Tipik özellikleri; ağrı

ataklar biçimdedir, uyuduktan sonra 3-5 saat sonra yada sabah erken saatlerde aynı zamanlı olarak başlar, tek taraflı bir ağrı tipidir, göz çevresinde daha şiddetlidir. Birkaç hafta ile aylar sürebilen krizler şeklindedir. Alkol

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki Edirne İli Merkezinde yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda ortostatik özellikli başağrısı prevalansının belirlenmesi amacıyla planlanmış, tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırma Edirne merkezinde gerçekleşmiştir. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen 2008 yılı ortası nüfus verilerine göre hedef nüfus 159561 kişiden oluşmuştur.

Çalışma evreni Edirne şehir merkezinde yaşayan erişkinlerdir. Evreni temsil edecek örneklem 2008 yılı ortası nüfusa dayanarak belirlenmiştir. Örneklem hazırlandığı sırada hazır olan en son veriler olduğundan 2008 yıl ortası nüfus verileri kullanılmıştır. Edirne Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen 39 Aile Hekimliği biriminin şehir merkezindeki nüfus ve coğrafi alanları, kümeleri oluşturmaktadır. Nüfusu en az kümeden 7'nin üzerinde katılımcı seçilerek başlanıp, her kümeden nüfuslara göre ağırlıklı sayılarda katılımcı örnekleme dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kişiler belirlenmiş kümelerle ait coğrafi bölgelerden araştırmacı tarafından rastlantısal olarak seçilmiştir. Küme nüfuslarının birbirine yakın olmasına çalışılmıştır.

Çalışma evreni 116033 kişidir. Araştırma örnekleme 1810 kişidir. Örneklem kişi sayısı üzerinden belirlenmiştir ve evrenin %1,55'ini oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından rastgele seçilen kişilere gerekli açıklama yapıldıktan sonra sözlü onayları istenmiştir. Çalışmanın planlama aşaması Nisan-Temmuz 2008 tarihlerinde tamamlanmıştır. Bu sürede çalışma için literatür araştırmaları yapılmış, örneklem seçimi ile ilgili veriler toplanmış ve anketin hazırlanması ile ilgili işler tamamlanmıştır. Temmuz 2009- Aralık 2009 tarihleri arasında 5 ayda veriler toplanmıştır. Aralık 2009-Ocak 2010 tarihlerinde ise verilerin analizi yapılmış ve tez yazılmıştır. Çalışma yaklaşık 22 ay sürmüştür. Verilerin toplanması amacıyla bu araştırma için araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, baş ağrısı muayeneleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan kadınlar için toplam 51 soru, erkekler için toplam 43 soru içermektedir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler gözden geçirilip, SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak uygun istatistiksel analizler yapıldı.

BULGULAR

Araştırma sonunda 1810 kişiye ait verilerin analizi yapıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $42,71 \pm 15,22$ 'dir. Erişkinlerin yaş dağılımı 20-87yaş aralığındadır.

Tablo 1. Yaş sınıflandırması

Yaş	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
20-29 yaş	470	26,0
30-39 yaş	375	20,7
40-49 yaş	367	20,3
50-59 yaş	299	16,5
60-69 yaş	208	11,5
70 yaş ve üzeri	91	5,0
Toplam	1810	100,0

Katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde (n=1810) bunun %49,8'inin(n=901) kadın, %50,2'sinin (n=909) erkek olduğu tespit edildi.

Katılımcılar arasında herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı %95,5 (n=1728) olarak bulundu.

Eğitim durumlarına bakıldığında (n=1810) %2,9'unun (n=52) okuma yazma bilmediği, %2,6'sının (n=47) okuma yazma bildiği ancak ilkokulu bitirmediği belirlendi. %22,3'ünün (n=404) ilkokul, %12,6'sinin (n=229) ortaokul, %28,7'sinin (n=519) lise, %30,9'unun (n=559) üniversite mezunu olduğu saptandı.

Katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde (n=1810), %29,1'i (n=526) işsiz, ev hanımı, öğrenci, emekli olduğu, %7 sinin sağlık çalışanı, %19,4 memur, %10,3 ünün işçi, %9,8 inin serbest meslek sahibi,%8.6 sının özel sektörde çalıştığı saptandı.

Katılımcıların (n=1810) %74,6'sı (n=1351) evli, %17,9'u (n=324) bekâr, %7,5'i (n=135) dul/boşanmış olarak bulundu.

Katılımcıların (n=1810) %74,6'sının (n=1350) çocuğu vardı, çocuk sayısı ortalaması 2,00±0,99'dur.

Katılımcıların (n=1810) sigara kullanım durumları incelendiğinde %48,4'ünün (n=875) hiç sigara içmediği, %16,5'inin (n=299) sigarayı bıraktığı, %35,1'inin (n=636) sigara içtiği tespit edilmiştir. Cinsiyetler açısından incelendiğinde sigara kullanımı erkekler arasında, kadınlara kıyasla daha fazla olarak saptandı . Sigarayı bırakmış ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=935) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,64±4,52; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 60) yıl olarak bulundu. Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=636) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,57±4,64; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 60) yıl olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan

katılımcıların (n=299) başlama yaşı ortalaması $18,79 \pm 4,26$; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 42) yıl olarak bulundu.

Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=636) günlük ortalama içtikleri sigara miktarları $16,65 \pm 8,88$ ortancası 17,50 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=299) $16,36 \pm 11,27$; ortancası 15 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu.

Katılımcıların (n=1810) alkol kullanım durumları incelendiğinde %71,8'inin (n=1299) alkol kullanmadığı, %28,2'sinin (n=511) alkol kullandığı tespit edilmiştir. Erkekler, kadınlara oranla istatistiksel olarak daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahipti. Sigara kullananların daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahip oldukları saptanmıştır. Alkol kullanan katılımcıların (n=511) CAGE alkol bağımlılık riski testine göre

%85,1'inde (n=435) risk olmadığı, %14,9'unda (n=76) alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık riski olduğu saptandı.

Katılımcıların vücut kitle indeksleri incelendiğinde (n=1810) %2,3'ünün (n=42) düşük kilolu, %42,8'inin (n=774) normal kilolu, %39,0'ının (n=705) fazla kilolu, %12,8'inin (n=231) sınıf I obez, %2,5'inin (n=46) sınıf II obez, %0,7'sinin (n=12) aşırı (sınıf III) obez olduğu bulundu. Kadın katılımcıların vücut kitle indeksi değerleri erkek katılımcıların vücut kitle indeksi değerlerinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların (n=1810), kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre

yapılan incelemede, %40,6'sının (n=734) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %59,4'ünün (n=1076) kronik bir hastalığı olmadığı kendi ifadelerine göre tespit edilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalık öyküsü incelendiğinde %16,9'unda (n=306) hipertansiyon, %6,8'inde (n=123) mide/barsak/karaciğer hastalığı, %6,5'inde (n=117) diabetes mellitus, %5,6'sında (n=101) hiperlipidemi, %5,4'ünde (n=98) bir eklem hastalığı, %4,5'inde (n=82) bir psikiyatrik hastalık, %4'ünde (n=73) kalp hastalığı, %4'ünde (n=73) solunum hastalığı, %1,2'sinde (n=22) kanser ve %7,5'inde (n=136) bu kategoriler altında sınıflandırılmayan diğer hastalıklardan biri olduğu öğrenildi.

Kronik hastalığı olan katılımcıların (n=734) %22,2'si (n=163) hastalıkları ile ilgili ilaç kullanmazken; %77,8'i (n=571) hastalıkları ile ilgili en az bir ilaç kullanmaktaydı.

SONUÇLAR

Katılımcıların %50,2'sinin erkek, %49,8'inin kadın olduğu,

- Katılımcıların yaş ortalamasının $42,71 \pm 15,22$, VKI ortalamasının $25,87 \pm 4,33$, baş
- Ağrısı olmasının süresi $125,13 \pm 130,91$, başağrısı başlama yaşı $26,09 \pm 14,14$ olduğu,
- Bireylerin %48,7'sinin 40 yaş ve altı olduğu, %40,7'sinin 46 yaş ve üzeri olduğu,

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SAĞLIK VE TIP BİLİMLERİ DERGİSİ

Ocak-Şubat-Mart 2012 Sayısı Sayı: 2 / Cilt: 2 Shoo January- February- March 2012 Volume:03 Issue:02 Jel Kodu: JEL 1

www.sstbdergisi.com

- %10,6'sının 41-45 yaş arası olduğu,
- Katılımcıların %71,77'sinin alkol kullanmadığı, %28,23'ünün alkol kullandığı,
- %48,34'ünün sigara içmediği, daha öncede hiç içmediği, %35,14'ünün sigara kullandığı, %16,52'sinin ise sigara kullanmadığı fakat daha öncesinde kullandığı,
- Bireylerin VKİ değerleri incelendiğinde; %41,9'unun VKİ değerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, %39,4'ünün VKİ değerinin 25-29,9 arasında olduğu, %13'ünün VKİ değerinin 30-34,9 arasında olduğu, %2,6'sının VKİ değerinin 35-39,9 arasında olduğu,
- Katılımcıların %59,4'ünün kronik hastalığı olmadığı, %40,6'sının kronik hastalığı olduğu,
- Bireylerin %30,9'unun üniversite mezunu olduğu, %28,7'sinin lise mezunu olduğu, %22,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %12,7'sinin ortaokul mezunu olduğu, %2,9'unun okur yazar olmadığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların %29,1'inin çalışmadığı, %19,3'ünün memur olduğu, %15,8'inin diğer meslek gruplarından olduğu, %10,3'ünün işçi olduğu,%9,8'inin serbest çalıştığı, %8,6'sının özel sektörde çalıştığı, %7'sinin sağlık çalışanı olduğu,
- Çalışmamızda; başağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş

ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetlerin olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitme azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Araştırmamızda, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri

olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca denge-sizlik şikayeti olma durumu ile VKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

- Çalışmamızda ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca denge-sizlik şikayeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Araştırma sonucunda baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa

kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca denge-sizlik şikayeti olma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

- Çalışmamızda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Araştırma sonucunda baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ortostatik baş ağrısı

dışında başka şikayetleri olma durumu, kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve

- uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Araştırma sonucunda ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, başağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrıların olma durumu ile yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu ile yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

- Sonuç olarak; aile hekimi başağrısı olan her hastaya ağrı kesici yazması doğru olmamakla beraber, ön tanı ve ayırıcı tanılarını düşünebilmesi gerekir. Bu araştırmayla İntrakraniyal Hipotansiyona spesifik semptomların sıklığını belirleyerek hekimlerin doğru teşhisle hastaların sevkini yapabilmeyi ve gereksiz ağrı kesici kullanımını azaltmayı amaçladık.

KAYNAKÇA

SCHIEVINK, W. I. 2006. Spontane spinal beyin omurilik sıvısı kaçağı ve intrakraniyal hipotansiyon. *JAMA*, 295(19), 2286–2296.

BELL WE, JOYNT RJ, SAH AL, 1960. Düşük spinal sıvı basıncı sendromu. *Neurology (Minneap)*10:512-521

SİBERSTEİN SD., 1984 birinci basamak tedavi pratiğinde baş ağrısının tedavisi. *AmJ Med*; 77:65-72

SCHALTENBRAND G., 1938. Neuere Anschauungen zur Pathophysiologie der Liquorzirkulation. *Zentralbl Neurochir*; 3:290–300.

LİNDQUİST T, MOBERG E., 1949 Spontaneous hypoliquorrea. *Acta Med Scand*; 556–61.

EJAZ AA, HALEY WE, WASİLUK A, MESCHİA JF, FITZPATRİCK PM 2004. Characteristics of 100 Consecutive Patients Presenting With Orthostatic Hypotension. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(7): 890-894.(10)

GIBBONS C.H, FREEMAN R., 2005. Orthostatic Dyspnea: A Neglected Symptom of Orthostatic Hypotension. *Clinical Autonomic Research*, 15:40-44.

MARCELIS J., 1990. Silberstein. Düşük beyin omurilik sıvılı spontan baş ağrısı. *Headache* 30:192-196. doi:10.1111/j.1526-4610.1990.hed3004192.x

FISHMAN RA, DILLON WP., 1993. İntrakraniyal hipotansiyona sekonder olan dural boyanma ve beyinsel yer değişimi. *Neurology* 43:609-611

MILLER, J. D., 1975. Beyin omurilik aksisinde hacim ve basınç. *Klinik Nöroşirurji*, 22, 76-105.

CHUNG, S. J., KİM, J. S., & LEE, M. C. 2000. Cerebral Spinal Sıvısı Hipovolemi Sendromu: Klinik ve Görüntüleme özellikleri ve sonuç . *Nöroloji*, 55(9), 1321-1327.

KONG DS, PARK K, NAM DH, LEE JI, KİM ES, KİM JS., 199-203,2007. et al : Atypical spontaneous intracranial hypotension (SIH) with nonorthostatic headache. *Headache* 47

MİYAZAWA, K., SHİGA, Y., HASEGAWA, T., ENDOH, M., OKİTA, N., HİGANO, S., VE DİĞERLERİ., 2003. "Spontane intrakraniyal hipotansiyon sendromunda" intrakraniyal hipotansiyon karşısında BOS hipovolemi. *Nöroloji*, 60(6), 941-947.

MOKRİ B., 1999. Spontaneous cerebrospinal fluid leaks: from intracranial

hypotension to cerebrospinal fluid hypovolemia-evolution of a concept. *Mayo Clin Proc* 74 : 1113-1123

MOKRİ, B., PİEPGRAS, D. G., & MILLER, G. M. 1997. Ortostatik baş ağrıları Sendromu ve difüze pakimeningeal gadolinyum gelişimi. *Mayo Klinik İlerlemeler*, 72(5), 400-413.

MOKRİ, B., HUNTER, S. F., ATKINSON, J. L., & PİEPGRAS, D. G. 1998. Normal BOS basıncıyla seyreden BOS kaçağı kaynaklı Ortostatik Baş Ağrıları. *Nöroloji*, 51(3), 786-790.

SCHİEVİNK, W. I., MEYER, F. B., ATKINSON, J. L., & MOKRİ, B. 1996. Spontane spinal beyin omurilik sıvısı kaçağı ve intrakraniyal hipotansiyon. *Nöroşirurji Dergisi*, 84(4), 598-605

RANDO, T. A., & FİSHMAN, R. A. 1992. Spontane İntrakraniyal Hipotansiyon: İki vaka raporu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Nöroloji*, 42(3 Pt 1), 481-487

SCHİEVİNK WI, MAYA MM, MOSER F, TOURJE J, TORBATİ J, TORBATİ S., 2007. Frequency of spontaneous intracranial hypotension in the emergency department. *J Headache Pain*; 8:325-8

ALBAYRAM S, TUZGEN S, GUNDUZ A, KİLİC F, BAS A. EUR J NEUROLOG. 2008 Spontaneous intracranial hypotension after labor without spinal intervention. *Jan*;15(1):91-3. Epub 2007 Nov 27.

SCHİEVİNK WI, MORREALE VM, AT-

- KINSON JLD, MEYER FB, PIEPG-RAS DG, EBERSOLD MJ., 1998** Surgica treatment of spontaneous spinal cerebrospinal fluidleaks.J Neurosurg;88:243-6.
- BOLAY, H., REUTER, U., DUNN, AK., HUANG, Z., BOAS, DA., MOSKOWITZ, MA., , 2002.** Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. Nature Med, 8(2):136-42
- IADECOLA, C., 2002** From CSD to headache: a long and winding road. Nature Med, 8(2):110- 12
- MANZONI G.C., TORELLI P., 2009.** Chronic migraine and chronic tension-type headache: are they the same or different?, Neurol Sci; 30:881-884
- EROL, F.S., ÖZVEREN M.F., TOPSAKAL C., 2000.** Travmatik Beyin Omirilik Sıvısı Fistülünde Lomber Ponksiyon Sonrası Basınçlı Pnömoşefalus: Olgu Sunumu. Türk Nöroşirüji Dergisi, Elazığ. : 10: 221-223.
- SCHIEVINK WI, GORDON OK, TOURJE J., 2004.** Connective tissue disorders with spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension: a prospective study. Neurosurgery; 54:65- 70
- İ.Ü.CERRAHPASA TIP FAKÜLTESİ SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ ETKİNLİKLERİ BAS, BOYUN, BEL AGRILARI. SEMPOZYUM DİZİSİ NO:30 MAYIS 2002.** 39-70
- LAHRMANN H, CORTELLI P, HILZ M, MATHIAS CJ,STRUHAL W, TASSINARI M., 2006.** EFNS Guidelines on the Diagnosis and Management of Orthostatic Hypotension, 13:930-936
- SAHNI, M., LOWENTHAL, D.T., MEULEMAN, J. 2005.** A Clinical,Physiology and Pharmacology Evaluation of Orthostatic Hypotension in the Elderly, International Urology and Nephrology,37:669- 674.
- OLDENBURG O, KRIBBEN A, BAUMGART D, PHILIPP T, ERBEL R, COHEN MV 2002.** Treatment of Orthostatic Hypotension, Current Opinion in Pharmacology, 2:740-747
- WEISSA, BELOOSESKY Y, KORNOWSKI R, YALOV A, GRINBLAT J, GROSSMAN R., 2006.** Influence of Orthostatic Hypotension on Mortality Among Patients Discharged From on Acute Geriatric Ward. J Gen Intern Med,21:602-606
- IWANCZYK L, WEINTRAUB NT, RUBENSTEIN LZ., 2005.** Orthostatic Hypotension in the Nursing Home Setting. Journal of American Medical Directors Association, 7:163-167
- TSE H.F, SIU C.W, TSANG V, YU C, PARK E, BORNZIN G, BENSER M. E, LAU C.P., 2005.** Blood Pressure Response to Transition from Supine to Standing Posture Using an Orthostatic Response Algorithm. Pace 28(Supplement 1):242-245.

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SAĞLIK VE TIP BİLİMLERİ DERGİSİ

Ocak-Şubat-Mart 2012 Sayısı Sayı: 2 / Cilt: 2 Shoo January- February- March 2012 Volume:03 Issue:02 Jel Kodu: JEL M

www.sstbdergisi.com