

Migren Sınıflaması ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

MIGRAINE CLASSIFICATION AND POINTS THAT NEED SPECIAL ATTENTION

H. Macit SELEKLER*, Sezer Ş. KOMSUOĞLU**

* Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD.

** Prof.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD, KOCAELİ

Özet

Primer baş ağrılarının tanısı başlıca klinik değerlendirmeye dayanır. Laboratuvar çalışmaları diğer hastalıkları dışlamak için kullanılır, tanıyı doğrudan desteklemez. Baş ağrısı tanısının doğru konulamamasının üç ana kaynağı vardır: kriterlerin esnekliği, toplanan bilginin değişkenliği ve yorum farklılıklarıdır. Kriterlerin esnekliği, tanı kriterlerinin birden çok yoruma açık olması ve tanıda farklılıklara yol açması anlamına gelir. Ad Hoc kriterleri bu problemin en uç formunu sergiler. Uluslararası Baş ağrısı Derneği sınıflaması, Ad Hoc komitesi sınıflamasından ileriye doğru atılmış büyük bir adımdır, çünkü özgün tanı kriterleri katı şekilde belirtilmiştir. Toplanan bilginin farklı oluşunun başlıca iki kaynağı vardır. Yapılandırılmamış klinik görüşme, klinisyenlerin bilgiyi kendi birikim ve beklentileri doğrultusunda subjektif biçimde yorumlamalarına yol açar. Bilginin değişkenliğinin bir diğer kaynağı da hastaların değişik zamanlarda sorulan aynı sorulara farklı cevaplar vermesidir. Bu yanlış pozitif ve yanlış negatif semptom bildirilerinin ana sorunudur. Hastaların sorulara farklı cevap verdiği gibi, klinisyenler de hastanın bildirdiklerini farklı şekillerde yorumlayabilirler. Bu hata kaynağı baş ağrısı tanısında özel eğitim ile bir dereceye kadar engellenebilir.

Anahtar Kelimeler: Migren, Baş ağrısı, Sınıflama

T Klin Tıp Bilimleri 2003, 23:250-254

Summary

Diagnosis of primary headache disorders rests primarily upon a clinical assesment. Laboratory studies are used to exclude other conditions, not directly to support diagnosis. There are three major sources of unreliability of headache diagnosis: criterion variance, information variance and interpretation variance. Criterion variance means that diagnostic criteria open to more than one interpretation and cause variation in headache diagnosis. The Ad Hoc criteria demonstrate this problem in an extreme form. The International Headache Society classification is a large leap forward from the previous

Ad Hoc committee's classification, because specific diagnostic criteria are firmly stated. There are two major sources of information variance. In an unstructured clinical interview, clinicians ascertain information in a subjective fashion, based on experience and expectations. A second source of information variance arises from variation in patient responses to the same question asked at different times. This is primarily a problem of false positive or false negative symptom reporting. Just as there is variability in the patient's response to questions, so there is variation in the clinician's interpretation of what the patient reports. To some degree, spesific training in the diagnosis of headache may reduce this source of error.

Key Words: Migraine, Headache, Classification

T Klin J Med Sci 2003, 23:250-254

Hastalıkları sınıflamak ve tanımlamak her zaman güç bir iş olmasına rağmen, bu yöntem, klinisyenler arasındaki tanı farklılığını mümkün olduğu ölçüde azaltmanın tek yoludur (1). Tanının güvenilirliği, klinisyenler arasında iletişim kurmak (2), yeni tedavilerin etkinliğini anlamak, biyolojik marker'ların tespiti ve epidemiyolojik araştırmalar için esastır (3).

"Baş ağrısı" alanı, sınıflama açısından bazı özel sorunlar getirir (1): primer baş ağrıları semptomların özgün kombinasyonlarının kümelenmesinden oluşan hastalık gruplarıdır; laboratuvar tanıları ve diğer objektif belirteçleri yoktur (4); baş ağrısı sendromlarının çoğu anatomik bir patolojiden ziyade fonksiyonel bir bozukluk sonucu oluşurlar (5).

Ad Hoc baş ağrıları sınıflama komitesi, ilk defa 1960 yılında toplandı. Komiteye Körlük ve Nörolojik Hastalıklar Ulusal Enstitüsü sponsorluk ediyordu. Amaç kontrollü klinik çalışmalar ve çeşitli baş ağrılarının profilaksisi ve tedavisi için bir "Baş ağrısı Sınıflaması" geliştirmekti. Komiteyi A.Friedman, K.H.Finley, E.C.Kunkle, A.M.Ostfeld, H.G.Wolff oluşturuyordu (6).

Komite her pazar günü Harvard Klüpte buluşuyordu ve komite başkanı Arnold Friedman, her komite üyesinin toplantıya 25 adet çizgili kağıt ve iyice sivriltilmiş ve aynı boyda 4 kurşun kalem ile katılmasını şart koşmuştu. Komitenin en tanınmış üyesi Harold Wolff sadece son toplantıya katılmış ve diğer üyelere oluşturulan sınıflamanın yayınlanmasına onay vermiştir (6).

Komitenin "aurasız migren" kriterleri şunlardan oluşuyordu :

A. Tekrarlayan başağrısı atakları

B. Bazı ataklarda ünilateral ağrı

C. Ataklara anoreksi, bulantı veya kusma gibi gastrointestinal semptomların eşlik etmesi.

"Şiddet" ve "süre" hem bu özelliklerin ataktan atağa hem de yaşam süresince değişmesi sebebiyle kriterler arasına alınmamıştı. "Basağrısının fiziksel aktivite ile artışı" bu bilginin geçerliliğinin ve güvenilirliğinin olmadığı düşünülerek kriterler dışında bırakılmıştı (6).

Komite üyelerinden Adrian Ostfeld 'e göre bu kriterlerin dezavantajları başlıca şunlardı (6).

1. Kriterler bir grup başağrısı uzmanının klinik gözlemlerine dayanıyordu,

2. Bu klinik gözlemler, başağrısı tedavisi altında bulunan popülasyonun küçük bir bölümünden kaynak alıyordu,

3. Yapılan sınıflama kriterlerin "sıklıkla" ve "genellikle" şeklinde esnek bir şekilde sorgulanmasına izin veriyordu.

Önde gelen İngiliz epidemiyoloğu, W.E. Waters, 1980 yılında şöyle yazıyordu:

"Mevcut migren tanımları açık ve net tanımlardan ziyade, bir anlatma niteliğindedir. Migren 'e özgü çeşitli özelliklerin "genellikle", "sıklıkla" veya "çoğunlukla" olduğu söylenmiş, fakat tanıya varmak için bu özelliklerin bulunmalarının gerekip, gerekmediği; eğer bulunuyorlarsa kaç tanesinin tanı için gerekli olduğu açık şekilde belirtilmemiştir."(1)

Ad Hoc Komitesi kurallarına göre, bir hastanın "migren" veya "gerilim başağrısı" şeklinde sınıflandırılması hastayı net şekilde karakterize etmiyordu. Yani, hasta bu iki tanıdan hangisini almış olursa olsun, tanı klinisyenin kendi görüşüne dayanıyordu (1).

Amerika Birleşik Devletleri, Ulusal Sağlık Enstitüsü, Nöroepidemioloji birimi başkanlığını yapmış ve IHS (International Headache Society) "Basağrılarını Sınıflama Komitesi" üyesi Bruce S. Schoenberg, bir sınıflama sistemi ve tanı kriterlerinin taşınması gereken ana özellikleri şöyle formüle etmiştir: "Belirli bir hastadaki başağrısı formu yalnızca bir tanı kriterleri setine uymalıdır. Her bir tanı kriteri seti olabildiğince özgün (spesifik) ve duyarlı (sensitive) olmalıdır" (1)

Bir diğer deyişle, yalnızca, gerçekten o hastalığı olan hastalara tanı koymalı, aynı zamanda, gerçekten o hastalığı gösteren hastaların hepsi de, o tanı kriterlerine uygun düşmelidir. Özgünlüğe kesin ve ayrıntılı kriterler ile ulaşılır, fakat bu durumda o hastalığı gösteren çok sayıda

Tablo 1. 14.IHS "migren" kriterleri

A. B-D'ye uyan en az 5 atak

B. (Tedavisiz veya başarısız tedavi ile) 4-72 saat süren başağrısı atakları

C. Basağrısında aşağıdaki özelliklerden en az ikisi bulunur:

1. Ünilateral lokalizasyon
2. Zonklayıcı nitelik
3. Orta ya da şiddetli derecede ağrı (günlük aktiviteleri bozar ya da ortadan kaldırır)
4. Merdiven çıkma ya da benzeri günlük fizik aktivitelerle ağırlaşma

D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az biri

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

hasta tanı dışında kalabilir. Bu sebeple belli bir hastalık tanısı için, kriterlerin seçiminde, her zaman, duyarlılık ve özgünlük arasında uzlaşma sağlayan ortak bir yol izlenir. Ancak karışıklığa yol açmayacak ve belirli parametreler, bir tanı kriterleri setini oluşturan öğeler olarak kullanılabilir. "Sıklıkla", "bazen", "genellikle" gibi sözcükler kullanılmamalıdır (1).

Ad Hoc Komitesi sınıflaması, başlangıçta klinisyenler tarafından benimsenip kullanılmış, ancak yıllar içinde eskiyip, geçerliliğini yitirmiştir (1). Yukarıda bahsedilen çekincelerden dolayı, IHS 1985 yılında başağrılarının her bir tipi için tanısal kriterler geliştirmesi amacıyla bir komiteyi görevlendirdi. Bu komite, 12 kategori ve 145 alt kategoriden oluşan sınıflama sistemini 1988 yılında yayınladılar. IHS kriterleri komite üyelerinin tecrübesi ve tüm dünyadan 100 başağrısı uzmanının önerileri doğrultusunda hazırlandı. Kriterler, bir çok başağrısı uzmanının uzun yıllarda elde ettikleri klinik tecrübeleri ve konuya bilimsel yaklaşımları adeta imbikten geçirilerek oluşturulmuştu (2,7,8) (Tablo 1).

IHS sınıflaması başağrısı tanısını daha objektif bir hale getirilmesi yolunda önemli bir adımdı (7). Bu sınıflamayı hazırlamanın en güç yanı o tarihe kadar biriken nosografik bilginin çok sınırlı olmasıydı. IHS tanı kriterlerinin primer ve sekonder başağrılarını ile migren ve gerilim tipi başağrılarını ayırt etmekteki zayıflığı, "Basağrılarını Sınıflama Komitesi" başkanı Jes Olesen tarafından da kabul ediliyordu (8). IHS sınıflamasının yaygın olarak kullanılması ile, bu tanısal sistemin bünyesinde bulunan zayıflıklar yavaş yavaş ortaya çıkmaya başladı (9).

Leston, IHS sınıflamasında tanımlandığı gibi, migren ve gerilim başağrısının iki ayrı hastalık olmadığını, bir bütünün iki ayrı ucunu temsil ettiklerini ileri sürmüştü.

Çünkü, Leston'a göre ağrının bilateral lokalizasyonu, zonklayıcı olması veya olmaması, bulantı, ışık ve ses'e karşı hassasiyet, kas kontraksiyonu ve rutin aktivitelerle kötüleşmesi gibi birçok özelliğe her iki başağrısı tipinde de rastlanıyordu (10).

Waters, başağrısı şiddetinin artması ile migren'e ait semptomların da arttığını gözlemiş, aynı bulgular Kaganov ve ark. tarafından da elde edilmiştir. Drummond ve Lance klinik olarak elde ettiği başağrısı semptomlarını bir bilgisayar analizinde kullanarak, küme başağrısı hariç, başağrısı kategorilerinin aslında bir bütünün değişik noktalarını temsil ettiğini ileri sürmüşlerdir (10). "Bütün-şiddet" (continuum-severity) adı verilen bu teoriye göre; gerilim tipi başağrısı bu bütünün en hafif ucunda bulunmakta, şiddetin artması halinde aurasız migrene ve en son olarak da auralı migrene transforme olmaktadır. Hem migren hem de gerilim tipi başağrısı özelliklerini taşıyan başağrıları ise bu bütünde büyük bir bölümü işgal etmektedirler (4).

Messinger ve ark. IHS kriterlerinin kullanılması ile, kendi serilerindeki migren ve gerilim tipi başağrılı hastaların çoğunlukla birbirleri ile örtüşüğünü bildirmişlerdir. Bu örtüşmenin Waters ve Kaganov'un şiddet modeli ile mi, yoksa aynı şahısta migren ve gerilim tipi başağrılarının her ikisinin birden bulunması ile mi daha iyi açıklanabileceği sorusunu sormuşlardır (7).

Rasmussen'e göre sorun, migren ve gerilim tipi başağrılarının her ikisinin birden aynı şahısta bulunmasından kaynaklanmakta; bu durumun yapılmış değişik çalışmalarda çeşitli metodolojik yetersizliklerle birleştiğinde ise ortaya "bütün-şiddet" teorisi ortaya çıkmakta idi. Her ne kadar migrene benzeyen şiddetli gerilim tipi başağrıları ile gerilim tipi başağrısına benzeyen hafif (ya da tedavi görmüş) migren atakları klinik tabloyu bulandırıyorlar da, Rasmussen birbirleri arasında geçişin bilimsel bir açıklamadan yoksun olduğunu bildiriyordu (4).

Henry ve ark.'larının 833 kişilik serisinde hastalar; (a) IHS kriterlerine tam uyanlar, (b) atak süresi 2-4 saat arası veya sadece fotofobi ya da fonofobinin eşlik ettiği "borderline migren" olarak sınıflandırılanlar, (c) en az 2 IHS kriterini tutturamayan olası migrenliler, (d) migren olmayanlar şeklinde 4'e bölünmüştü. Bu epidemiyolojik çalışmada ilk 2 grubun arasında, ana klinik ve demografik değişkenlerin farklılık göstermediği, ancak ilk 2 gruba son 2 grup arasında bu dağılımların farklı olduğu saptanmıştır. Neticede, ilk iki grubun aynı antite olduğu, 3 ve 4. gruplardan ayrıldığı neticesine varılmıştır (11).

Cohen ve ark. 10.000 başağrısı günlüğünü inceleyerek elde ettikleri bulgularla, "şiddet" dışında gerilim başağrılarının herhangi bir özelliğinin migren kategorisi içine girmediğini bildirmişlerdir (12).

Gutterman ve ark.'larının çalışmasında 6 mg sc.

sumatriptan ile 424 hastanın, 1904 migren atağı tedavi edilmişti. Hastalar IHS kriterlerine göre migren tanısını almış olsalar da, tedavi edilen her bir atağın tedavisinde IHS kriterlerine uygunluk gözetilmemişti. Tüm grup içinde, en az 1 atağı IHS kriterlerine uygunluk gösteren 43 hastanın 232 atağı ayrı ayrı incelenmiştir. IHS kriterlerine uyan 114 migren atağının 109'u (%96); IHS'ye göre gerilim başağrısı kriterlerine uyan 76 atağın 73'ü (%97); IHS 'ye göre ne migren ne de gerilim tipi başağrısına uymayan 42 atağın 40'ı sumatriptan'a cevap vermişti (13).

Bu başağrıların farklı klinik görünümüne karşın, sumatriptana aynı şekilde cevap vermeleri, temellerinde ortak bir biyolojik mekanizmanın yattığını düşündürmektedir. Migrenli hastalar sıklıkla birbirinden farklı başağrısı çeşitleri ve buna eşlik eden farklı semptomatolojiler gösterirler. IHS kriterleri hastaları değil, başağrıları sınıflamak üzere hazırlanmıştır (13).

Bu tartışmalara ancak IHS "Başağrıları Sınıflandırma Komitesi" nin fikirlerini daha iyi anlayarak bir nokta koyabiliriz. 1988 yılı "Cephalalgia" dergisinin 12. sayısının 7. supplement'inde bu sınıflama sistemi sunulmadan önce "Giriş" yazısında şunlar yazıyordu:

"Tipik ve saf sendromlar" olmasına karşın, çok sayıda ara formlar vardır. Bir hastanın başağrısı zaman içerisinde sadece nicelik bakımından değil, niteliksel olarak da değişebilir. Bir hastada birden çok başağrısı tipi bulunabilir ve hastanın hayatının bir döneminde bir başağrısı formu, daha sonraki bir dönemde de bir diğer form hakim olabilir. Bu nedenlerle hastaları sınıflamak mümkün değildir, yalnızca başağrıları sınıflanabilir" (14).

Blau'ya göre ancak sorular doğru şekilde yöneltilirse IHS kriterleri geçerlidir. Bu nedenle klinisyenin, hikaye alırken konuya açıklık getirecek bazı özel sorular düşünüp bulması, bu sorulara aldığı cevapları yorumlaması ve kriterlere uyarlaması gerekmektedir (15). Yarı-yapılandırılmış (semi-structured) görüşme; tanı kriterlerinin sistematik olarak sorgulanması ile, klinik değerlendirmenin daha esnek test yöntemlerinin birleştirilmesini sağlamaktadır. Sorulması zorunlu sorular yanında, klinisyen elde edilen bilginin doğruluğunu tespit için izleyen ilintili sorular sormakta serbesttir (16).

Örneğin; ünilateral ağrının tanımlanması tam açık değildir. Ağrı tamamen ünilateral olabileceği gibi; önce tek tarafta başlayıp, sonra bilateral hale gelebilir; başlangıçtan itibaren bilateral niteliklidir ancak tek taraf daha fazla ağrıyor veya tek taraflı periyodik şiddetlenmeler gösteriyor olabilir (3).

Fotofobi genellikle ışığa duyarlılık olarak tanımlanır. Hastanın ışığa karşı hassasiyeti sorgulandığında "evet" cevabı alınmıyorsa, bazı ek sorularla alınan cevabın ne anlama geldiği tespit edilmelidir. Belki de hastanın hem iktal hem de interiktal dönemlerde de parlak ışıklara

hassasiyeti vardır. Bu sebeple "evet" cevabı alındığında, başağrısı sırasında hastanın ışığa karşı ayrı bir duyarlılığı olup olmadığı araştırılmalıdır. Eğer hasta hemen her zaman ışığa karşı hassasiyet bildiriyorsa, migren atağı sırasındaki ışığa duyarlılık ne dereceye kadar olmalıdır ki, fotofobi sayılsın. Bu halde hastanın ışıktan korunmak için aldığı önlemler sorulmalıdır. Hasta sadece gözlerini kısmakla mı yetinmektedir, ya da güneş gözlüğü mü takmaktadır; yoksa karanlık bir odaya çekilme ihtiyacı mı duymaktadır? (16).

Ağrı sırasında etkin bir şekilde tedavi gören hastalar atak süresi sorulduğunda, yarım veya 1 saat şeklinde yanıtlayabilirler. Çünkü rahatsız edici semptomları azalmış veya kaybolmuş ve hasta günlük aktivitelerini sürdürebilecek hale gelmiştir (15).

Bulantı'ya anksiyete ve depresyonda da rastlanabilir. İkisinin de uyku üzerine olumsuz etkileri vardır. Uyku bozuklukları endişe ve korkuyu artırır ve başağrısını şiddetlendirir. Fotofobi ve fonofobi semptomları gerilim başağrısında da görülebilir (15). Iversen ve Sjaastad, bu semptomların migren 'de daha şiddetli görülmesinden dolayı, bu semptomların derecelendirilmesini önermişlerdir (9,17). Zonklayıcı özellik migren hastalarının yarısından fazlasında bulunmayabilir. Gerilim başağrılı hastalarda %30 oranına kadar zonklayıcı nitelik bulunabilir. Hastalar boyun kasları, eklem ve ligamanlarından kaynaklanan ağrıları da zonklayıcı olarak bildirebilirler (18).

Sınıflandırma konusunda karşılaşılan güçlükler hastalardan da kaynaklanabilir. Ağrılı olayların netlikle hatırlanamaması belki de genel bir fenomen olarak kabul edilebilir (18). Hastalar değişik zamanlarda sorulara değişik cevaplar verebilirler. Burada karşılaşılan prolem yanlış-pozitif veya yanlış- negatif semptom bildirileridir. Bu tutarsızlıklar, çeşitli nedenlerden kaynaklanır. Hasta soruyu anlamamıştır, ya da lisan bilgisi zayıftır. Bazen hastalar, sadece en son veya en şiddetli atakları hakkında bilgi verirler. Eğer hasta vizüel auranın psikojik bir bozukluk sonucu oluştuğuna inanıyor ise, bunu açıklamaktan sıkıntı duyabilir. Dikkat zayıflığı veya aşırı yorgunluk hasta tarafından soruların yanlış anlaşılmasına yol açabilir (16).

Klinisyen ne zaman daha fazla soru sorulup ne zaman sorulmayacağı hakkında; daha önemlisi, güvenilir cevaplar gelmediğinde artık durması gerektiği hakkında duyarlı olmalıdır. Bir kriterler dizisi kullanmak, klinisyeni sorular her soruya cevap almayı zorunlu kılar. Cevaplandırılmayan her soru, hem soranda hem de cevaplandırılmayanda sıkıntı yaratır (15). Bu durumda sorular değişik yollarda sorulabilir veya görüşme bir sonraki tarihe ertelenebilir.

Bahsettiğimiz çekincelerden dolayı, ilk görüşmede net cevaplar alamadığımız hastalara "basağrısı günlüğü"

verildiği takdirde daha net cevaplar elde edilebileceği açıktır. Başağrısı günlüğünün avantajı, atakların günü gününe not edilerek, hastanın geriye dönük verdiği bilgilerin muğlaklığından doktoru kurtarmasıdır (12). Önerildiği gibi başağrısı günlüğü ile anamnez bulgularının birleştirilmesi, hasta hakkında daha net bilgi edinmemizi sağlayacaktır (19).

Hastaların sorulara verdikleri cevaplardaki tutarsızlıklar ve klinisyenlerin aldıkları cevapları farklı farklı yorumlamaları, konu üzerinde çalışanların özel bir eğitim alması ile bir dereceye kadar çözümlenebilir (16). Bu sebeple Solomon ve Lipton, IHS kriterlerinin, "basağrısı" ile özel olarak ilgilenen kliniklerce kullanılmasının daha yararlı olacağını savunmaktadırlar (20). Hastanın yukarıda belirtilen nedenlerle sınıflandırılmayan bir kaç atağı her zaman olur. Geçerli tanı kriterlerinin uygulanması halinde dahi, sağlam bir muhakeme ve sağduyu gereklidir (1).

KAYNAKLAR

1. Çelebi A, Özcan H. Başağrıları, kranial nevraljiler ve yüz ağrılarının sınıflanması ve tanı kriterleri. Uluslararası Başağrısı Derneği, Başağrıları Sınıflama Komitesi Orhanlar matbaası,1990.
2. Penzien DB, Andrew ME, Knowitron GE et al. Computer-aided system for headache diagnosis with the IHS headache diagnostic criteria: Development and validation. Cephalalgia 1991; 11 (suppl 11): 325-6.
3. Lipton RB, Stewart WF. Evaluating the IHS criteria. Cephalalgia 1994; 14: Editorial commentary.
4. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 218-20.
5. Merikangas KR, Frances A. Development of diagnostic criteria for headache syndromes: lessons from psychiatry. Cephalalgia 1993; 13 (suppl 12): 34-8.
6. Ostfeld AM. The Ad Hoc Committee on headache classification. Cephalalgia 1993; 13 (suppl 12):12.
7. Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of migraine and tension-type headache in the International Headache Society classification. Cephalalgia 1991; 11: 233-7.
8. Olesen J. IHS Classification: present and future. Cephalalgia 1993; 13 (suppl 12):13.
9. Sjaastad O, Stovner JL. The IHS classification for common migraine. Is it ideal ? Headache 1993; 33: 372-5.
10. Leston JA. Migraine and tension-type headaches are not separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 221-2.
11. Henry P, Michel P, Brochet B et al. nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. Cephalalgia 1992; 12: 229-37.
12. Cohen MJ, McArthur DL. Classification of migraine and tension headache from a survey of 10,000 headache diaries: Headache 1981; 21:25-9.
13. Cady RK, Gutterman D, Saiers JA et al. Responsiveness of non-IHS migraine and tension-type headache to sumatriptan. Cephalalgia 1997; 17: 588-90.
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pains. Cephalalgia 1988; 8 (suppl 7): 1-96.
15. Blau JN. Diagnosing migraine: are the criteria valid or invalid ?

H.Macit SELEKLER ve Ark.

- Cephalgia 1993; 13 (suppl 12): 21-4.
16. Lipton RB, Stewart WF, Merikangas KR. Reliability in headache diagnosis: Cephalgia 1993; 13 (suppl 12): 29-33.
 17. Iversen HK, Langemark M, Andersson PG et al. Clinical characteristics of migraine and episodic tension type headache in relation to old and new diagnostic criteria. Headache 1990; 30: 514-9.
 18. Jes Olesen. Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. Headache 1978; 18: 268-71.
 19. Pearce JMS. Are the International Headache Society criteria for headache useful ? Cephalgia 1996; 16: 290-4.

MİGREN SINIFLAMASI VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

20. Solomon S, Lipton RB. A headache clinic-based approach to field trials of the International Headache Society criteria. Cephalgia 1993; 13 (suppl 12):63-5.
-

Geliş Tarihi: 02.05.2002

Yazışma Adresi: Dr. H. Macit Selekler
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji AD, Derince, İZMİR