

İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı Klinik ve Tedavi Özellikleri

The Clinical and Treatment Characteristics of Medication Overuse Headache

Dr. Ayşen İNCEOĞLU KENDİR,^a
Dr. Yeşim BECKMANN,^a
Dr. Yaprak SEÇİL,^a
Dr. Gaye ERYAŞAR,^a
Dr. Mustafa BAŞOĞLU^a

^a1. Nöroloji Kliniği,
İzmir Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 24.09.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ayşen İNCEOĞLU KENDİR
İzmir Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
1. Nöroloji Kliniği, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
ayseninceoglu@gmail.com

ÖZET İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, yeni tanımlanan, ancak ayrıntılı bir değerlendirmede sıkça karşılaşılan, giderek toplumsal sorun olan bir kronik baş ağrısı tipidir. Akut ağrı tedavisinde kullanılan ilaçların çok sık kullanılmasına bağlı, duyarlı olgularda ağrının süreklilik kazanmasına ilaç aşırı kullanım baş ağrısı denir. Uluslararası Baş Ağrısı 2004 kriterlerine göre ilaç aşırı kullanım baş ağrısı, baş ağrısının bir ayda 15 gün ya da daha fazla sürmesi, 3 aydan daha uzun süreli analjezik kullanımı, analjezik kullanım sırasında baş ağrısının kötüleşmesi, baş ağrısının analjeziğin kesilmesinden sonraki 2 ay içinde belirgin iyileşen ya da önceki baş ağrısı tipine dönmesi olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada baş ağrısı polikliniğimize başvuran ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı almış 58 olgunun demografik özellikleri, klinik bulguları, kullanılan tedavi yöntemleri, tedavi yanıtı, seyri ve bu tablonun toplumsal yükü tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı bozuklukları; baş ağrısı bozuklukları, ikincil

ABSTRACT Medication overuse headache is a type of chronic headache disorder which has been recently defined but frequently encountered in detailed evaluation, and getting to be a social burden. Medication overuse headache is one of the most frequent chronic daily headaches and is developed in sensitive patients with primary headache due to continuous use of analgesic drugs. According to International Headache 2004 criteria, medication overuse headache is determined as 15 days continuation of headache or more in one month, use of analgesic more than 3 months, getting worse of headache during use of analgesic, the return of headache to previous type or significant improvement headache in 2 months after stopping the analgesic of headache. In this prospective study, the demographic features, clinical symptoms, treatment and prognostic characteristics of 58 patients with medication overuse headache were discussed.

Key Words: Headache disorders; headache disorders, secondary

Türkiye Klinikleri J Neur 2009;4(3):122-7

Akut ağrı tedavisinde kullanılan ilaçların çok sık kullanılmasına bağlı, duyarlı olgularda ağrının süreklilik kazanmasına ilaç aşırı kullanım baş ağrısı denir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, kronik günlük baş ağrısının en sık nedenlerindedir ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısına neden olan ilaçların kullanımı kültürel faktörlerin etkisiyle ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda Avrupa, Kuzey Amerika ve Asya'da genel toplumun %4'ünün analjezikler ve migren ilaçlarını aşırı kullandığı ve %1'inin ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olduğu gösterilmiştir.¹⁻³ Kronik günlük baş ağrısı olan olguların %50-86'sında sık analjezik kullanımı tanımlanmıştır. Asetil salisik asit, asetaminofen nonsteroid antiinflama-

tuar ilaçlar (NSAİİ), opioidler, ergo türevleri ve triptanların sık kullanımını ilaç aşırı kullanım baş ağrısının nedenidir.^{1,2} Uluslararası Baş Ağrısı Derneği 2004 (ICD 8.2, 8.2.1-6) kriterlerine göre ilaç aşırı kullanım baş ağrısı, baş ağrısının bir ayda 15 gün ya da daha fazla sürmesi, 3 aydan daha uzun süreli analjezik kullanımı, analjezik kullanım sırasında baş ağrısının kötüleşmesi, baş ağrısının analjeziğin kesilmesinden sonraki 2 ay içinde belirgin iyileşen ya da önceki baş ağrısı tipine dönmesi olarak belirlenmiştir.⁴ Bu çalışmada baş ağrısı polikliniğimize başvuran ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı almış 58 olgunun demografik özellikleri, klinik bulguları, kullanılan tedavi yöntemleri, tedavi yanıtı, seyri ve bu tablonun toplumsal yükü tartışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma 2005-2007 yılları arasında baş ağrısı polikliniğimizde izlenen ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı almış olguları içeren prospektif bir çalışmadır. Çalışmamız için etik kurulu onayı alınmıştır ve sonrasında tüm olgular ilk başvuru ve izlem boyunca en az iki nörolog tarafından değerlendirilmiş ve baş ağrısının tüm özelliklerini içeren sorgulama formu doldurulmuştur. Tanı Uluslararası Baş Ağrısı 2004 (ICD 8.2, 8.2.1-6) kriterlerine göre konmuştur.⁴ Baş ağrısının bir ayda 15 gün ya da daha fazla sürmesi, baş ağrısının şu özelliklerden en az birine sahip olması (kullanılan ilaca göre bası tarzında/sıkıştırıcı ya da zonklayıcı, hafif ya da şiddetli, tek ya da çift taraflı yerleşim), 3 aydan daha uzun süreli analjezik kullanımı, analjezik kullanım sırasında baş ağrısının kötüleşmesi, baş ağrısının analjeziğin kesilmesinden sonraki 2 ay içinde iyileşmesi ya da önceki formuna dönmesi tanıda esas alınmıştır.

Baş ağrısı taraf özelliği;

- (1) Sol hemikrania,
- (2) Sağ hemikrania,
- (3) Sağ ya da sol hemikrania ve
- (4) Jeneralize olarak belirlenmiştir.

Baş ağrısı şiddeti 0-10 arasında derecelendirilmiştir. Baş ağrısı tetik faktörleri;

- (1) Stres,
- (2) Menstrüasyon,

(3) Çevresel faktörler (gürültü, kokular, ışık, hava ve ısı değişikliği),

(4) Açlık ve

(5) Kombine faktörler olarak belirlenmiştir.

Prodrom özelliği;

(1) Psikiyatrik (irritabilite, anksiyete, depresif özellikler),

(2) Nörolojik-otonom (ense sertliği, baş dönmesi, duyuusal ve motor bulgular),

(3) Sistemik-otonom (bulantı, iştah değişikliği, susuzluk, polidipsi, poliüri),

(4) Kombine bulgular olarak sınıflandırılmıştır.

Baş ağrısı karakteri (zonklayıcı, baskılayıcı), süresi, aylık sıklığı, eşlik eden bulgular kaydedilmiştir. Olguların kullandığı ilaçlar, uygulanan tedavi ve tedaviye yanıt belirtilmiştir. Tedavi yanıtı olarak ağrı sıklığının belirlenmesinde;

(1) Atakların kaybolması (tam yarar),

(2) Atak sıklığının %50 üzerinde azalması (belirgin yarar),

(3) Atak sıklığının %50 azalması (kısmi yarar),

(4) Atak sıklığının %50'nin altında azalması ya da değişiklik göstermemesi (yarar yok) şeklinde ölçek kullanılmıştır.

İlaç aşırı kullanımı; basit analjezikler için ayda 15 gün veya daha fazla, analjezik ve kafeinle kombine preparatlar, ergo türevleri ve triptanlar için ayda 10 gün veya daha fazla kullanımını olarak belirlenmiştir. Tüm olgulara rutin kan incelemesi, serebral manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılmış, baş ağrısının diğer olası nedenleri olan sinüs enfeksiyonları ve oftalmik hastalıklar dışlanmıştır. İlaç kesimini takip eden ilk hafta içinde olgular her gün, ikinci hafta gün aşırı, üçüncü hafta haftada 1 gün, dördüncü haftadan itibaren ayda 2 kez olmak üzere 2 yıl boyunca takip edilmiştir. Takip süresi boyunca olgulardan ağrı sıklığını, süresini, şiddetini ve tedaviye yanıtı belirten günlük tutmaları istenmiştir.

BULGULAR

Baş ağrısı polikliniğimizde 2005-2007 yılları arasında takip edilen 531 olgu prospektif olarak de-

TABLO 1: İlaç aşırı kullanım öncesi tanı.

	Toplam (n= 58)	Kadın (n= 53)	Erkek (n= 5)
Migren	%82.8	%83	%80
GBA	%17.2	%17	%20

GBA: Gerilim baş ağrısı.

TABLO 2: Baş ağrısı lokalizasyonu.

	Toplam (n= 58)	Kadın (n= 53)	Erkek (n= 5)
Her iki taraf yarım	%43.2	%43.4	%40
Yaygın	%22.4	%22.6	%20
Sağ yarım	%17.2	%15.1	%40
Sol yarım	%17.2	%18.9	%0

TABLO 3: Prodrom özellikleri.

	Toplam (n= 28)	Kadın (n= 27)	Erkek (n= 1)
Psikiyatrik	%40	%40.7	%0
Nörolojik- otonomik	%10	%11.1	%0
Sistemik- otonomik	%25	%22.2	%100
Kombine	%25	%26.0	%0

ğerlendirilmiş ve 58 (%10.9) olgu ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı almıştır.

Demografik özellikler: Olguların % 91.4'ü kadın, %8.6'sı erkek, yaş aralığı 17-65 (ortalama 40.8) yıl idi. %75 olgu aktif meslek yaşantısına sahip değildi. İlaç aşırı kullanım öncesi %82.8 olgu migren, %17.2 olgu gerilim baş ağrısı özellikleri tanımlamıştır (Tablo 1). Migren olgularının %95.8'inin aurasız migren, %4.2'sinin auralı migren özelliğinde baş ağrısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Otuz dört (%58) olguda ergo türevleri, 22 (%39) olguda NSAİİ, 1 olguda hem ergo türevleri hem de NSAİİ, 1 olguda da triptan ilaç aşırı kullanımını tespit edilmiştir. Kullanım süresi 1-20 yıl (ortalama 5.2 yıl) arasında tanımlanmıştır. Ergo türevleri kullanım süresi 1-10 yıl (ortalama 5.6 yıl), NSAİİ kullanım süresi 5-20 yıl (ortalama 15.7 yıl) olarak belirlenmiştir.

Taraf özelliği: Olguların %43.2'sinde her iki taraf yarım baş ağrısı, %22.4'ünde yaygın baş ağrısı, %17.2'sinde sağ hemikrania, %17.2'sinde sol hemikrania (Tablo 2) saptanmıştır.

Baş ağrısı karakteri ve şiddeti: 47 (%81) olgu zonklayıcı, 11 (%19) olgu sıkıştırıcı-künt özellikte baş ağrısı tanımlamıştır. Olguların %81'i baş ağrısını orta-ağır şiddette, %19'u hafif şiddette tanımlamıştır.

Atak süresi: Tüm olgularda ağrı süreleri 1-72 saat arasında değişmekte olduğu görülmüş ve olguların %84'ünde ağrı 24 saat ve üzerinde devam etmiştir. %16 olguda ağrı 1-24 saat arasında izlenmiştir.

Atak sıklığı: Olguların %57.7'si hergün, %42.3'ü ayda 15-20 gün arasında atak tanımlamıştır.

Prodrom: Prodrom belirtileri %48.2 olgu tarafından tanımlanmıştır. Bunların %40'ını psikiyatrik (irritabilite, anksiyete, depresif özellikler), %10'unu nörolojik-otonomik (ense sertliği, baş dönmesi, duyuşal ve motor bulgular), %25'ini sistemik-otonomik (bulantı, iştah değişikliği, susuzluk, polidipsi, poliüri), %25'ini kombine semptomların oluşturmakta olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tetik faktörler: Olguların %88'i ağrıyı tetikleyen faktörler tanımlamıştır. Tetik faktörlerin %13'ünün stres, %2'sinin menstrüasyon, %9'unun çevresel faktörler, %2'sinin açlık, %74'ünün de kombine faktörlerden oluşmakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

TABLO 4: Tetik faktörleri.

	Toplam (n= 51)	Kadın (n= 46)	Erkek (n= 5)
Stres	%13	%10.9	%20
Menstrüasyon	%2	%2.2	%0
Çevresel faktörler	%9	%8.7	%20
Açlık	%2	%0	%20
Kombine	%74	%78.2	%40

TABLO 5: Eşlik eden faktörler.

	Toplam (n= 58)	Kadın (n= 53)	Erkek (n= 5)
Bulantı	%91.3	%92.5	%80
Kusma	%50	%49.1	%60
Fotofobi	%70.6	%71.7	%60
Fonofobi	%70.6	%71.7	%60
Diğer	%15.5	%11.3	%60

Eşlik eden bulgular: %91.3 bulantı, %70.6 fofobi, %70.6 fonofobi, %50 kusma ve %15.5 diğer (kulaklarda uğultu, bulanık görme, baş dönmesi, gözlerde yaşarma, sıkıntı hissi, terleme) bulgular belirtilmiştir (Tablo 5).

Öz ve soygeçmiş özellikleri: Yedi olguda hipertansiyon (HT), 4 olguda hiperlipidemi, 3 olguda guatr, 1 olguda diabetes mellitus, 1 olguda multipl skleroz (MS) dışında öz geçmişlerinde önemli bir özellik saptanmamıştır. Olguların %41.3'ünde ailede baş ağrısı öyküsünün mevcudiyeti saptanmıştır.

Tüm olguların rutin kan değerleri ve serebral MRG tetkikleri normal bulunmuştur.

Tedavi ve prognoz: Olguların hiçbiri hastaneye yatırılarak tedavi edilmemiştir. Tüm olgularda öncelikle aşırı kullanılan analjezik ilaçlar kesilmiş ve olgular, oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmiştir. Hiçbir olguda analjezik kesimini takiben geri çekilme belirtileri gelişmemiştir. Akut dönemde tüm olgular asetil salisilik asit 500-1000 mg/g, alprozolam 1 mg/g kullanmıştır. Olguların %11'i bu tedaviden tümüyle yararlanmış ve bu dönemde baş ağrısı gelişmemiştir. Diğer olguların (%89) tedavinin 3. haftasından itibaren ek tedavi gereksinimi olmuş ve bu olguların %19'u NSAİİ, %10'u triptan, 53.4'ü hem NSAİİ hem triptan kullanmıştır (Tablo 6). Olguların %42'si akut dönem tedavisinden yararlanmış (%22 olguda tam yarar, %50 olguda belirgin yarar, %28 olguda ise kısmi yarar). Olguların %58'ine ise koruyucu tedavi uygulanmıştır. Profilaktik tedavide %65.5 oranında antidepresanlar (selektif serotonin reseptör inhibitörleri, serotonin-noradrenalin reseptör inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar), %36.2 oranında beta-blokerler ve %15.5 oranında antiepileptik ilaçlar kullanılmıştır (Tablo 6). İki yıllık izlemde %88 olguda tam iyileşme, %12 olguda ilaç aşırı kullanım öncesi primer baş ağrısı tipine dönüş izlenmiştir. Primer baş ağrısı tipine dönüş yapan

olguların %70'inin migren, %30'unun gerilim tipi baş ağrısı olgularından oluşmakta olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı en sık migren ve gerilim baş ağrısında, çok nadiren de küme baş ağrısı olgularında bildirilmiştir.^{1,2} Primer baş ağrısı öyküsü olmayan ve artrit gibi bir nedenden dolayı sürekli analjezik alan olgularda tanımlanmamıştır.^{5,6} Epidemiyolojik çalışmalar en çok Üçüncü Dünya Ülkeleri olmak üzere tüm dünyada ağrı kesici ilaçların aşırı ve gereksiz kullanıldığını göstermektedir. Verilere göre, genel popülasyonun %1-3'ü her gün, %7'si en az haftada 1 gün analjezik kullanmaktadır.¹ Kronik ilaç kullanımının diğer organ sistemleri üzerine sekonder etkileri düşünüldüğünde (kombine analjeziklere bağlı kronik böbrek yetmezliği, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara bağlı gastrointestinal ülserler) dünya çapında ciddi bir sağlık problemi olduğu aşikârdır.^{1,3} Bu konu ile ilgili şimdiye dek yapılmış hiçbir deneysel çalışma yoktur ve tüm bildirimler klinik serilere dayanmaktadır.

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişiminde farklı mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Genetik faktörler, antinosiseptif sistemin süpresyonu, kronik triptan kullanımı sonucu trigeminal ganglion serotonin reseptörlerinde azalma ve fonksiyon kaybı, dorsal rafe nükleusunda serotonin sentezinde azalma, serotonin transporter protein gen polimorfizmi bu hipotezler arasındadır.⁷⁻⁹ Psikolojik faktörler, özellikle olgu kaygısı önemli bir nedendir. Migren olguları, çoğu sık atak geçirmemesine karşın migrenin iş gücü kaybına neden olmasından ya da sosyal aktivitelerini engellemesinden korktukları için gereksiz profilaktik amaçla ilaç kullanırlar. Migren ya da gerilim baş ağrısı tedavisinde kullanılan kafein ya da kodeinle kombine analjeziklerde bu risk daha belirgin olarak artmış bulunmuştur.¹⁰ Kafein, canlılığı, performansı artırır, yorgunluğu azaltır, sedasyon, öfori ya da stimülasyon gibi psikotrop yan etkileri bağımlılık gelişimini kolaylaştırır. Ergotamin de fiziksel bağımlılık yapabilir, nedeni bilinmemektedir.³ 2.612 kronik ilaç kullanımı olan olguyu içeren bir çalışmada

TABLO 6: Akut ve profilaktik ek tedavi.

Akut (%42)	NSAİİ %19	Triptan %10	NSAİİ + triptan %53.4
Profilaktik (%58)	Antidepresan %65.5	β-bloker %36.2	Antiepileptik %15.5

%65 olgu migren, %27 olgu gerilim baş ağrısı, %8 olgu kombine ya da diğer primer baş ağrısı tanıları almıştır.² Bizim olgularımızın çoğunluğu (%82.8) migren, geri kalanlar ise gerilim baş ağrısına sahiptir. Migren ve gerilim baş ağrısı birlikteliği tanımlanmamıştır. Olgularımızda izlenen genel karakteristik bulgular yaygın, zonklayıcı, şiddetli, 1-72 saat süreli, hemen her gün olan, psikiyatrik, nörolojik, sistemik öncül bulgular ve en çok bulantı olmak üzere eşlik eden semptomlarla seyreden baş ağrısı olarak gözlemlenmiştir.

Primer baş ağrısı olan bir olguda tedaviye karşın baş ağrılarında düzelme yoksa ve olgu bu nedenle çok sık ve genellikle yüksek dozda ilaç kullanıyorsa, baş ağrısının şiddeti, lokalizasyonu ve tipi eskiye göre değişiklik gösteriyorsa, hafif fiziksel ya da düşünsel faaliyet baş ağrısına neden oluyorsa, beraberinde bulantı, asteni, huzursuzluk, anksiyete, iritabilite, konsantrasyon bozukluğu, depresyon eşlik ediyorsa akla ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelmelidir. Basit ya da özgün herhangi bir analjeziğin sık kullanımı ilaç aşırı kullanım baş ağrısına neden olabilir. Günümüze kadar ilaç aşırı kullanım baş ağrısına neden olan ilaçlar; asetil salisilik asit, asetaminofen, nonsteroid analjezikler, ergo türevleri, triptanlar, butalbital ve opioidler olarak bildirilmiştir.^{2,5,11} İlk çalışmalarda ilaç aşırı kullanım baş ağrısının en sık nedeni olarak ergo türevleri bildirilmesine karşın, günümüzde hızlı etki ve ergo türevlerine göre daha az yan etki profili nedeniyle, maliyetine rağmen triptanlar en sık kullanılan ilaçlar haline gelmeye başlamıştır.¹¹ Olgularımızda ergo türevleri kullanımının, NSAİİ aşırı kullanımından daha fazla oranda olduğu görülmüştür (%58 ergo türevleri, %39 NSAİİ, %1.5 NSAİİ + ergo türevleri, %1.5 triptan). Ortalama kritik aşırı kullanım süresinin (ilaca başlama zamanı ile ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişimi arasında geçen süre) triptanlar için 1.7 yıl, ergo türevleri için 2.7 yıl, analjezikler için ise 4.8 yıl olduğu belirlenmiştir.^{2,3} Olgularımızda bu süre 1-20 yıl (ortalama 5.2) arasında tanımlanmıştır. Literatürde belirtilen ortalama kritik sürenin hayli üzerinde olacak şekilde ergo türevleri için ortalama 5.6 yıl, NSAİİ için ortalama 15.7 yıl olarak bulunmuştur. Ortalama kritik ilaç alma sıklığı triptanlar için aylık 18 doz, ergo

türevleri için 37 doz, analjezikler için 114 dozdur. Dolayısı ile triptanların aşırı kullanımı ergo türevleri ve analjeziklerle karşılaştırıldığında daha düşük dozlarda ve daha hızlı bir şekilde ilaç aşırı kullanım baş ağrısına yol açmaktadır.^{12,13} Günümüzde triptan kullanımı akut migren atağı tedavisinde oldukça sık kullanılan bir tedavi seçeneği olduğu için bu konu oldukça önemlidir. Tehlikeli doz sınırı ergo türevi ve triptanlar için ayda 10, analjezikler için ise ayda 15 gün ya da üzeri olarak bildirilmiştir.^{1,2,5,11}

Aşırı kullanılan ilacın kesimi tedavide esastır. Tedavinin iki ana amacı;

(1) Baş ağrısını tamamen ortadan kaldırmak veya azaltmak,

(2) Hem akut hem de profilaktik amaçlı kullanılan baş ağrısı ilaçlarına verilen olgu yanıtını arttırmaktır.¹⁴

Akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavi seçenekleri değişmekle birlikte, olası yoksunluk ve geri çekilme semptomlarına karşı olgular yakın takibe alınmalıdır. Çekilme semptomları genellikle 2-10 gün (ortalama 3.5 gün) sürmektedir. Çekilme sırasında baş ağrısı, bulantı, kusma, arteriyel hipotansiyon, taşikardi, uyku bozuklukları, huzursuzluk, anksiyete ve sinirlilik görülebilmektedir. Triptan aşırı kullanımı olan olgularda bu çekilme daha kısa sürebilir.¹⁴ İlaç kesiminin akut fazı sırasında, çeşitli çalışmalarda değişik ilaç kullanımları önerilmektedir. Sıvı replasmanı, analjezikler, trankilizanlar, nöroleptikler, amitriptilin, valproat, intravenöz dihidroergotamin, oksijen ve elektriksel stimülasyon önerilen tedaviler arasındadır. Lancet dergisinde yayınlanan bir çalışmada, analjezik aşırı kullanımı olan migren olgularında; olguyu bilincleendirme, düzenli takip, amitriptilin (gece 10 mg) ve naproksen (500 mg) kullanımı ile başarılı sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir.^{3,14} Kronik günlük baş ağrısı ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olan 400 olguyu içeren bir çalışmada rebound baş ağrısını da içeren çekilme semptomları sırasında kortizon kullanımının oldukça etkili olduğu görülmüştür. Bu konuyla ilgili 2007 yılında yapılan randomize, çift-kör, plasebo kontrollü 100 olgu ile yapılan bir çalışmada ise kortizon alan ve almayan iki grup arasında

herhangi bir fark bulunmamıştır. Profilaktik tedavi amaçlı valproik asit ve topiramet kullanımının faydalı olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.¹⁵ Ayrıca, kısa dönem psikodinamik psikoterapinin de profilaktik tedavi ile birlikte uygulanması önerilmektedir.¹⁶ Bizim çalışmamızda akut dönemde tüm olgular asetil salisilik asit 500-1000 mg/g, alprozolam 1 mg/g kullanmıştır. Olguların %11'i bu tedaviden tümüyle yararlanmış ve bu dönemde baş ağrısı gelişmemiştir. Diğer olguların (%89) tedavinin 3. haftasından itibaren ek tedavi gereksinimi olmuş ve bu olguların %19'u NSAİİ, %10'u triptan, 53.4'ü hem NSAİİ hem triptan kullanmıştır. Olgularımızda yoksunluk ya da geri çekilme semptomları gelişmemiş ve %42'si akut tedaviden belirgin yararlanmıştı. Olguların %58'ine koruyucu tedavi (antidepresan, beta-bloker, antiepileptik) uygulanmıştır. İki yıllık izlemin sonunda %88 olguda tam iyileşme, %12 olguda ilaç aşırı kullanım öncesi primer baş ağrısı şekline dönüş izlenmiştir. Bu olguların %70'ini

migren, %30'unu da gerilim tipi baş ağrısı olguları oluşturmuştur.

Kanımızca ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişimini engellemede en önemli yol olgunun bilinçlendirilmesidir. Migren ve gerilim baş ağrısı birlikteliği sık görülmektedir ve olgulara migren spesifik ilaçları sadece atak anında kullanmaları öğütlenmelidir. Olgular ayrıca triptanları ciddi ataklarda kullanmak, daha hafif ataklarda basit analjezikleri tercih etme konusunda bilgilendirilmelidir. Ergotamin kullanımını atak sırasında en fazla 4 mg, ayda 20 mg, triptanları ise ayda en fazla 10 dozla sınırlamak, barbitürat, kafein, kodein ve trankilizanlarla kombine analjezik kullanımından kaçınma da önerilmelidir. Epidemiyolojik çalışmaların da gösterdiği gibi sık ve uygunsuz analjezik kullanımı giderek artmakta ve bu durum da tedaviye dirençli kronik günlük baş ağrısına neden olmaktadır. Olguların ve hekimlerin bu konuda bilinçlendirilmesi tedavi ve tetkik maliyetini azaltması açısından da oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Colás R, Muñoz P, Temprano R, Gómez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62(8):1338-42.
- Diener HC, Dahlof CG. Headache associated with chronic use of substances. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The Headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.p.871-8.
- Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol* 2004;3(8):475-83.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition*. *Cephalalgia* 2004;24 (Suppl 1):9-160.
- Lance F, Parkes C, Wilkinson M. Does analgesic abuse cause headaches de novo? *Headache* 1988;28(1):61-2.
- Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003;43(3):179-90.
- Reuter U, Salomone S, Ickenstein GW, Waerber C. Effects of chronic sumatriptan and zolmitriptan treatment on 5-HT receptor expression and function in rats. *Cephalalgia* 2004;24(5):398-407.
- Tohyama Y, Yamane F, Fikre Merid M, Blier P, Diksic M. Effects of serotone receptors agonists, TFMP and CGS12066B, on regional serotonin synthesis in the rat brain: an autoradiographic study. *J Neurochem* 2002;80(5):788-98.
- Park JW, Kim JS, Kim YI, Lee KS. Serotonergic activity contributes to analgesic overuse in chronic tension-type headache. *Headache* 2005;45(9):1229-35.
- Scher AI, Stewart WF, Lipton RB. Caffeine as a risk factor for chronic daily headache: a population-based study. *Neurology* 2004;63(11):2022-7.
- Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59(7):1011-4.
- Bigal ME, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Lipton RB. Transformed migraine and medication overuse in a tertiary headache centre-clinical characteristics and treatment outcomes. *Cephalalgia* 2004;24(6):483-90.
- Relja G, Granato A, Maria Antonello R, Zorzon M. Headache induced by chronic substance use: analysis of medication overused and minimum dose required to induce headache. *Headache* 2004;44(2):148-53.
- Ergin Ö, Togay Işıkay C, Mutluer N. [Medication overuse headache]. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2008;1(1):54-9.
- Coskun O, Ucler S, Cavdar L, Inan LE. Effect of valproic acid on withdrawal therapy in patients with overuse of chronic daily headache medications. *J Clin Neurosci* 2007;14(4):334-9.
- Altieri M, Di Giambattista R, Di Clemente L, Fagiolo D, Tarolla E, Mercurio A, et al. Combined pharmacological and short-term psychodynamic psychotherapy for probable medication overuse headache: a pilot study. *Cephalalgia* 2009;29(3):293-9.