



37.f

Kardiak Başağrısı

Elif ILGAZ AYDINLAR¹

TANIM VE KLİNİK

Kardiak başağrısı ilk defa Lipton ve arkadaşları tarafından 1997 yılında dile getirilmiştir. Bu başağrısı türü nadir görülen, miyokardial iskemi esnasında ortaya çıkan, migrene benzeyen ve nitrogliserin ile geçen, sekonder tipte bir başağrısıdır. Ağrı genellikle orta şiddette, zonklayıcı, künt, sıkıştırıcı, batıcı ya da çarpan karakterdedir. Belirli bir yere lokalize değildir, bilateral ya da unilateral olarak ortaya çıkabilir. Bulantı yapabilir ama, genel olarak fotofobi ya da fonofobi eşlik etmesi beklenmez. Bugüne kadar bildirilen hastaların yaklaşık yarısında ağrı sportif efor, cinsel aktivite ya da emosyonel nedenlerle tetiklenmektedir. Az oranda istirahatte de ortaya çıkmaktadır. Hastaların yarısında eş zamanlı göğüs, epigastrik, kol, mandibula ağrısı eşlik etmektedir. Çoğunda istirahatte EKG'de patolojik değişiklikler saptanmış, nadiren normal bulunmuştur. Bir çalışmada 150 angina pectoris yakınması ile başvuran hastanın ancak %6'da başağrısı bulgusuna rastlanmış, hiçbir hastanın sadece başağrısı yakınması ile başvurmadığı dikkati çekmiştir.

Demografik olarak, erkek/kadın oranı 1,5:1 olup yaş ortalaması 62' dir. Bu bireylerin çoğunda kardiyovasküler risk faktörleri bulunmaktadır, öncesinde başağrısı öyküsü vardır ya da yoktur. Tanı için, başağrısına neden olan miyokardial is-

kemi eforlu test ya da kardiak sintigrafi ile ortaya konulmalıdır.

FİZYOPATOLOJİ

Kardiak başağrısının patofizyolojisi ile ilgili birkaç hipotez vardır. Miyokardial iskemide ağrı genellikle göğüsten boyuna ve sol kola yayılır. Nadiren çeneye ve dişe yansiyabilir. Angina ağrısı sempatik lifler, vagal lifler ya da her ikisi aracılığıyla iletilir. Otonomik duysal liflerle somatik duysal lifler desendan trigeminal nukleusta biraraya gelir ve ağrının alt dental kavis ile başa yayılmasından sorumludur. Üst servikal kordda birleşen otonomik duysal liflerle somatik duysal lifler ise ağrının oksipital alana yayılmasına sebep olur.

Wang ve ark. miyokardiyal iskemiyeye bağlı başağrısı gelişen bir hastada yaygın ve geçici serebral hipoperfüzyon saptamışlardır. Bu durumu, kardiak iskemiyeye bağlı gelişebilecek sempatik hiperaktivitenin küçük çaplı serebral damarlarda geçici vazospazma neden olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Yazarlara göre, başağrısı, muhtemelen, serebral hipoperfüzyon sonucu kortikal yayılan depresyonun tetiklenmesiyle ortaya çıkmıştır.

Hipotezlerden biri de miyokardial iskemi sonucu vazodilatasyon etkisi yapan substance P,

¹ Prof. Dr., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Nöroloji AD



nörokinin, serotonin, bradikinin gibi nörokimyasal mediyatörlerin salınmasıyla başağrısı gelişebileceğidir. Kardiyak başağrısı için önerilen bir başka mekanizma ise gelişen intrakardiyak basınç artışına bağlı kafa içi basıncının artmasıdır.

SINIFLAMA

Kardiyak başağrısı, ICHD-3 2018 içerisinde; 10 numaralı “hemostaz bozukluğuna bağlı başağrısı” başlığı altında 10.6 başlık numarası ile yer almaktadır.

- A. C maddesindeki kriterleri karşılayan herhangi bir başağrısı
- B. Akut miyokardial iskemi gösterilmiş olmalıdır.
- C. Aşağıdakilerden en az ikisi ile gösterilen nedensellik kanıtı:
 1. Başağrısı, akut miyokard iskemisinin başlangıcı ile zamansal ilişki içinde gelişmiştir.
 2. Aşağıdakilerden biri veya her ikisi:
 - a) Başağrısı, miyokard iskemisinin kötüleşmesine paralel olarak kötüleşmiştir.
 - b) Başağrısı, miyokard iskemisinin iyileşmesi veya tamamen düzelmesine paralel olarak önemli ölçüde iyileşmiş veya düzelmiştir.
 3. Başağrısı aşağıdaki dört özellikten en az ikisini karşılamalıdır:
 - a) Orta ya da şiddetli ağrı
 - b) Bulantı eşlik eder
 - c) Fotofobi ya da fonofobi eşlik etmez
 - d) Eforla artar
 4. Başağrısı nitrogliserin ya da türleri ile düzelir
- D. ICHD-3 sınıflamasında yer alan başka bir başağrısı tanısına uymamaktadır.

AYIRICI TANI

Kardiyak başağrısının ayırıcı tanısında öncelikle aurasız migren akla getirilmelidir. Her ikisi

de şiddetlidir, eforla artar ve bulantıya neden olabilir. Ayrıca eforla artabilen primer öksürük başağrısı, primer cinsellikle ilişkili başağrısı ve primer egzersiz başağrısından da ayırt edilebilir. Açıklanamayan eforla ilişkili başağrısında hastada kardiyovasküler risk faktörleri de varsa, kardiyoloji konsültasyonu ile kardiyak bir nedenin araştırılması önerilmektedir.

TEDAVİ

Bugüne kadar bildirilen bütün vakalarda kardiyak başağrısı, medikal tedavi ya da cerrahi girişim ile koroner revaskülarizasyonun sağlanması sonucu düzelmiştir. Kardiyak başağrısı, nitrogliserine iyi yanıt verir. Bu başağrısının doğru tanımlanması ve migrenden ayırt edilmesi önemlidir. Çünkü migrende tercih edilen triptan ve ergo alkaloidleri, koroner arterleri konstrükte edebilir. Bu nedenle bu ürünler kardiyak başağrısında kontrendike olarak kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, et al. Cardiac cephalgia: A treatable form of exertional headache. *Neurology*. 1997;49:813-816.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38;1:1-211.
3. Bini A, Evangelista A, Castellini P, et al. Cardiac cephalgia. *J Headache Pain*. 2009;10:3-9.
4. Sampson JJ, Cheitlin MD. Pathophysiology and differential diagnosis of cardiac pain. *Prog Cardiovasc Dis* 1971;8:507-31
5. Wang M, Wang L, Liu C, Bian X, Dong Z, Yu S. Cardiac cephalgia: one case with cortical hypoperfusion in headaches and literature review. *J Headache Pain*. 2017 Dec;18(1):24.
6. Queiroz LP. Unusual headache syndromes. *Headache*. 2013 Jan;53(1):12-22.
7. Wei J, Wang H. Cardiac cephalgia: Case reports and review. *Cephalalgia*. 2008;28:892-896
8. Saxena PR, Tfelt-Hansen P. Sumatriptan. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches*. New York: Raven Press, 1993;337.