

## Bölüm 13

# KALP KAPAK PATOLOJİLERİNE SEKONDER GÖĞÜS AĞRISI

İsa ARDAHANLI<sup>14</sup>

### GİRİŞ

Göğüs ağrısı; göğüs kafesinin ön kısmında, üstte suprasternal çentik, altta ksifoidin alt ucu ve her iki yanda orta aksiller çizgilerle sınırlı bölgede olan rahatsızlık hissini tanımlamak için kullanılan bir terimdir (1).

Göğüs ağrısı kliniklerde oldukça yaygın bir başvuru nedeni olup (2-5), birçok hastalığın belirtileri arasında yer alır (6). Bu şikayetle kliniklere başvuran hastalar, özellikle acil servislere önemli bir yük getirmektedir (7). Daha önce yapılmış olan çalışmalarda, acil servislere göğüs ağrısı nedeniyle yapılan başvuruların yaklaşık olarak %5 civarında olduğu gösterilmiştir (8). Bu başvuruların yaklaşık %80'inde ağrı non-kardiyak nedenlerden kaynaklanır ve genellikle hayatı tehdit edici nitelikte değildir (9). Yaklaşık %15 (%13-25) oranında bir grup ise akut koroner sendrom (AKS) tanısı almaktadır (10-11-12).

### Ayırıcı Tanı

Göğüs ağrısı geniş ayırıcı tanıya sahip bir semptomdur. Altta yatan neden, AKS, aort diseksiyonu ve pulmoner emboli gibi yaşamı tehdit eden bir patoloji olabileceği gibi; kas ağrısı ve kostokondrit gibi hayatı tehdit etmeyen bir durumda olabilir.

Kapak hastalıkları, göğüs ağrısı nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Son yüzyıl içerisinde insanlarda beklenen yaşam süresindeki artış, yaşlı popülasyonun artmasına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak yaşlılık epidemisi ve yaş ile ilişkili hastalıklarda artış meydana gelmiştir. Kapak hastalıklarında yaş ile ilişkili hastalıklardan olup sıklığı giderek artmaktadır. Bu hastalarda oluşan semptomlar ayırıcı tanıda önem kazanmaktadır.

<sup>14</sup> Uzm. Dr. İsa ARDAHANLI, Bilecik Devlet Hastanesi, isaardahanli@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Meckler GD. Chest Pain: Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8th edition: McGraw-Hill Education; 2016.s 325-331
2. Walters K, Rait G, Hardoon S et al. Socio-demographic variation in chest pain incidence and subsequent coronary heart disease in primary care in the United Kingdom. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21: 566–75.
3. Wong WM, Lam KF, Cheng C et al. Population based study of noncardiac chest pain in southern Chinese: prevalence, psychosocial factors and healthcare utilization. *World J Gastroenterol* 2004; 10: 707–12.
4. Eslick GD, Jones MP, Talley NJ. Non-cardiac chest pain: prevalence, risk factors, impact and consulting – a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 1115–24.
5. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474–80.
6. Solinas L, Raucci R, Terrazzino S, Moscariello F, Pertoldi F, Vajto S, et al. Prevalence, clinical characteristics, resource utilization and outcome of patients with acute chest pain in the emergency department. A multicenter, prospective, observational study in north-eastern Italy. *Italian Heart Journal*. 2003;4:318-24.
7. Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics Reports Number 26, 2010.
8. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Meckler GD. Acute Coronary Syndromes: Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8th edition: McGraw-Hill Education; 2016.s 325-331
9. Poldervaart JM, Reitsma JB, Backus BE, Koffijberg H, Veldkamp RF, Haaf ME, et al. Effect of Using the HEART Score in Patients With Chest Pain in the Emergency Department. *Ann Intern Med*. 2017;166(10):689-97
10. Bruno RR, Banzhoff ND, Söllner W, Frieling T, Müller C, Christ M. The Interdisciplinary Management of Acute Chest Pain. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(45):768-79
11. Hollander JE, Diercks DB. Acute Coronary Syndromes. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide 8th Edition. 2016; 49: 332-348
12. Markel D, Maril KA, Schmidt A. Identifying Emergency Department Patients With Chest Pain who are at Low Risk for Acute Coronary Syndromes. *Emerg Med Pract*. 2017;19:1-2.
13. Boudes A, Lavoute C, Avierinos JF, Le Dolley Y, Villacampa C, Salem A, et al. Valvular heart disease associated with benfluorex therapy: high prevalence in patients with unexplained restrictive valvular heart disease. *Eur J Echocardiogr* 2011;12: 688- 695.
14. Rosenhek R, Binder T, Porenta G, Lang I, Christ G, Schemper M, et al. Predictors of outcome in severe, asymptomatic aortic stenosis. *N Engl J Med* 2000;343:611-617.
15. Frank S, Johnson A, Ross J, Jr. Natural history of valvular aortic stenosis. *Br Heart J* 1973;35:41 46.
16. Green SJ, Pizzarello RA, Padmanabhan VT, Ong LY, Hall MH, Tortolani AJ. Relation of angina pectoris to coronary artery disease in aortic valve stenosis. *Am J Cardiol*. 1985;55(8):106
17. Vandeplas A, Willems JL, Piessens J, De Geest H . Frequency of angina pectoris and coronary artery disease in severe isolated valvular aortic stenosis *Am J Cardiol*. 1988;62(1):11
18. Silaruks S, Clark D, Thinkhamrop B, Sia B, Buxton B, Tonkin A. Angina pectoris and coronary artery disease in severe isolated valvular aortic stenosis. *Heart Lung Circ*. 2001;10(1):14-23.
19. Kvidal P, Bergström R, Hörte LG, Ståhle E. Observed and relative survival after aortic valve replacement. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35(3):747.
20. Julius BK, Spillmann M, Vassalli G, Villari B, Eberli FR, Hess OM. Angina pectoris in patients with aortic stenosis and normal coronary arteries. Mechanisms and pathophysiological concepts. *Circulation*. 1997;95(4):892

21. Enriquez-Sarano M, Tajik AJ. Clinical practice. Aortic regurgitation. *N Engl J Med*. 2004;351(15):1539
22. Chandrashekar Y, Westaby S, Narula J. Mitral stenosis. *Lancet*. 2009 Oct;374(9697):1271-83. Epub 2009 Sep 9.
23. Quill JL, Hill AJ, Laske TG, et al. Mitral leaflet anatomy revisited. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* . 2009; 137(5): 1077-1081.
24. Essop MR, Nkomo VT. Rheumatic and nonrheumatic valvular heart disease: epidemiology, management, and prevention in Africa. *Circulation*. 2005; 112(23): 3584-3591.
25. Waller BF, Moriarty AT, Eble JN, et al. Etiology of pure tricuspid regurgitation based on annular circumference and leaflet area: analysis of 45 necropsy patients with clinical and morphologic evidence of pure tricuspid regurgitation. *J Am Coll Cardiology*. 1986;7: 1063-1074.
26. Waller BF, Howard J, Fess S. Pathology of tricuspid valve stenosis and pure tricuspid regurgitation—part III. *Clinical Cardiology*. 1995; 18: 225-230