

VAKA EŞLİĞİNDE ADÖLESANDA GÖĞÜS AĞRISINA YAKLAŞIM

Nahide HAYKIR ZEHİR¹

GİRİŞ:

Göğüs ağrısı çocuk ve adolesanlarda sık görülen bir şikayettir. Bu hastalar çocuk acil, genel çocuk ve çocuk kardiyoloji polikliniğine sıklıkla başvururlar. Çocuklarda görülen göğüs ağrısı sıklıkla kardiyak kökenli olmayan nedenlere bağlıdır ve sıklıkla iyi huylu seyir göstermektedir. Buna rağmen bu şikayet ailede ve hastada kaygı, okul devamsızlıklarına, aktivite kısıtlamasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte ani kardiyak ölümle sonuçlanabilecek ciddi bir kardiyak hastalığın gözden kaçması endişesiyle olgular ayrıntılı değerlendirilmelere alınmaktadır. Ayrıntılı incelemeler, çok sayıda hastane ziyareti ve hastane yatışları gibi yoğun tetkik ve kardiyoloji konsültasyonlarına sebep olmaktadır. Kardiyak nedenli göğüs ağrıları tüm göğüs ağrıları nedenleri arasında %0-6 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir¹. İdiyopatik göğüs ağrısı ve kardiyak kökenli olmayan göğüs ağrıları pediyatrik popülasyondaki göğüs ağrılarının çok büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu sebepler çoğunlukla selimdir ve kendi kendini sınırlayıcı karakterdedir. Bunun yanında kardiyak kökenli göğüs ağrıının mortalitesi ve morbiditesi yüksek olabilmektedir. Bu sebeple ilişkili semptomların doğru sorgulanması daha önceden geçirilmiş ve veya mevcut hastalık öyküsü, aile öyküsü detaylı alınmalıdır. Kardiyak ve /veya

solunum sistemleri ile ilgili anamnez, fizik muayene detaylı yapılmalıdır. Şikayetle ilişkili tetkikler uygun basamaklarda yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda geniş ve kapsamlı öykü, fizik muayene temel oluşturmakta ve tanı için önemli bir katkı oluşturmaktadır.

Sunulacak olana vakada da şikayetlerin doğru değerlendirilmesi, erken farkındalık, ayrıntılı anamnez şikayetlerin lokalizasyonu, süresi gibi hasta ile ilk karşılaşmada yapılacak iyi bir değerlendirmenin ne kadar önemli olduğu gösterecektir.

VAKA:

Daha önce bilinen hastalık öyküsü olmayan 17 yaş erkek hasta futbol oynarken göğüsünde ağrı olması nedeniyle acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan değerlendirmede eforla ilişkili olmadığı düşünülen tüm göğüste yaygın palpasyonla ve öksürükle de olan 30 saniyeden daha kısa süren batıcı yanıcı tarzda kollara ve boyna yayılım göstermeyen ağrı olarak tariflenmiş. Eşlik eden nefes darlığı öksürük saptanmamış. Yakın zamanda geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu ve 7 günlük antibiyoterapi kullanım öyküsü mevcutmuş. Göğüs röntgeni çekilmiş ve patoloji saptanmamış. Yapılan hemogram ve crp sonuçları da normal sınırlarda saptanması üzerine travma ve kas gerginliği düşünülerek İ.M. NSAID yapılarak evine gönderil-

¹ Uzm Dr. Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, drnahide@gmail.com ORCID iD: 0000-0001-9436-4363

Koroner arter anomalileri hipertrofik kardiyomyopatilerler sonrasında ani ölümlere neden olan en sık 2. patolojilerdir. İlk ve tek prezentasyonları ani ölümler olabilir. Bu hastalarda eforla oluşan göğüs ağrıları ilk uyarılar olabilir ve dikkatle tetkik edilmelidir. Göğüs ağrılarını göğüste bası basınç daralma ve göğüste dolgunluk şeklinde tarif etmektedirler. Konjenital koroner arter anomalileri içerisinde ALCAPA sendromu (pulmoner arter orjinli sol koroner arter anomalisi), anormal seyirli sol veya sağ koroner arter ve koroner fistüller sayılabilir. Kawasaki hastalığı ve postoperatif swich operasyonlarına seconder koroner arter anomalileri ve familial hiperkolesterolemiler edinsel koroner arter anomalileridir¹⁸.

İlaçlara bağlı göğüs ağrısı nedenleri: Koka-in, marihuana ,methamfetaminler ve yüksek doz sempatomimetikler myokardial iskemi veya aritmi mekanizmaları nedeniyle göğüs ağrısına sebep olur. Adölesan grupta özellikle ilaç suistimali veya madde kullanımı açısından dikkatli olunmalıdır

Sınıflandırılmayan diğer grup: bu grupta tek bir başlık altında toplayamadığımız multifaktöriyel hastalıklar vardır. Aort disseksiyonu gibi ağır ve ciddi göğüs ağrısıyla giden Marfan sendromu, Ehler Danlos tip 4 kolajen sendromu, homosistinüri gibi metabolik hastalıklar bu gruptadır. bu ve benzeri hastalıklardan tanısı olanlar yada aile öyküsü olanlar yakın takip edilmelidir. Göğüs ağrısına eşlik eden efor dispnesi, yorgunluk, senkop – presenkop öyküsü sol ventrikül çıkış yolu tikanmalarının yanında pulmoner hipertansiyonuda aklına getirmelidir.

SONUÇ:

Adölesanlarda göğüs ağrısı sık görülen bir semptomdur ve birinci basamktan üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına kadar sık başvuru nedenidir. Kalp hastalığı, spontan pnömotoraks, pulmoner emboli ve pulmoner hipertansiyon gibi hayatı tehdit eden durumlar adölesan dönem göğüs ağrılılarının % 1-6'sını oluşturmaktadır. Ve çok büyük bir kısmı klinik bulgulara göre sıklıkla tanımlanabilir, ayırıcı tanıya gidilebilir. Adölesan dönem göğüs ağrılarında sıklıkla mortalite ve morbiditesi düşüktür ve ciddi bir tıbbi durum neden **olmaz**. **Ama her zaman önceliğimiz ciddi ve ölümcül sonuçlara bilecek nedenleri ekarte edebilmek olmalıdır.**

En sık teşhis edilenler kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, psikiyatrik hastalıklar ve idiyopatik nedenler göğüs ağrısı ile başvuruların yüzde 94-99'unu kapsamaktadır. Bu bizi kapsamlı bir öykü ve fizik muayeneden alı koymamalıdır. Adölesanlarda göğüs ağrısına yaklaşım algoritması benimsenmesi gereksiz uzun tetkikler ve konsültasyonları engeller, hasta ve hasta yakınlarının endişeli bekleme sürelerini kısaltır ve aynı zamanda hayati önem taşıyan semptom ve bulguların tanıya yönelik etkili kullanılmasına olanak sağlar.

KAYNAKLAR

1. Lin CH, Lin WC, Ho YJ, et al. Children with chest pain visiting the emergencyn department. *Pediatr Neonatol* 2008;49(2):26-9.
2. Massin MM, Montesanti J, Gerard P, et al. Spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Acta Clin Belg* 2006;61:161-5.
3. Massin MM, Bourguignon A, Coremans C, et al. Chest pain in pediatric patients presenting to an emergency department or to a cardiac clinic. *Clin Pediatr (Phila)* 2004;43(3):231-8.
4. Driscoll DJ. Chest pain in children and adolescents. In: Allen HD, Gutgessel HP, Clark EB, Driscoll DJ, eds. *Moss and Adams Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:1379-1382
5. Wiens L, Sabath R, Ewing L, et al. Chest pain in otherwise healthy children and adolescents is frequently caused by exerciseinduced asthma. *Pediatrics*. 1992;90:350-353
6. Berezin S, Medow MS, Glassman MS, et al. Chest pain of gastrointestinal origin. *Arch Dis Child* 1988;63:1457-60
7. Friedman KG, Alexander ME. Chest pain and syncope in children: a practical approach to the diagnosis of cardiac disease. *J Pediatr* 2013; 163(3): 896-901.
8. Kenar A, Orun UA, Yoldas T, Kayalı S, Bodur S, Karademir S. Anxiety, depression, and behavioural rating scales in children with non-cardiac chest pain. *Cardiol Young*. 2019;29(10):1268-71
9. Smith MS. Ergenlikte psikosomatik belirtiler. *Med Clin North Am* 1990; 74: 1121.
10. Pantell RH, Goodman BW Jr. Ergen göğüs ağrısı: prospektif bir çalışma. *Pediatric* 1983; 71: 881.
11. Montalambert M., Maunoury C. ve Acar P. : Orak hücre hastalığı olan çocuklarda miyokard iskemisi. *Arch Dis Child* 2004; 89: s. 359-362
12. Cohn HE, Arnold LW. Chest pain in young patients in an office setting: cardiac diagnoses, outcomes, and test burden. *Clin Pediatr (Phila)* 2012;51:877-883.
13. Bader RS. Chlidren with chest pain presenting to a pediatric cardiology service or emergency department in an academic centre. *J Saudi Heart Assoc*. 2008;20:15-20
14. Effectiveness of screening for life-threatening chest pain in children. Saleeb SF, Li WY, Warren SZ, Lock JE *Pediatrics*. 2011 Nov; 128(5):e1062-8.

15. Park MK: *Park's Pediatric Cardiology for Practitioners*, ed 6, Philadelphia, 2014, Mosby
16. Friedman KG, Alexander ME Chest pain and syncope in children: a practical approach to the diagnosis of cardiac disease. *J Pediatr.* 2013 Sep; 163(3):896-901.e1-3.
17. Cheitlin MD, Armstrong WF, Aurigemma GP, et al. ACC/ AHA/ASE 2003 Guideline update for the clinical application of echocardiography: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography). *J Am Soc Echocardiogr.* 2003;16:1091-1110
18. Perry T, Zha H, Oster ME, et al. Utility of a clinical support tool for outpatient evaluation of pediatric chest pain. *AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium.* 2012;2012:726-733