

BÖLÜM 28

GÖĞÜS AĞRISINA YAKLAŞIM

Ayşe İrem DEMİRTOLA¹

Göğüs ağrısı, uluslararası acil servis kayıtlarına göre yaklaşık %10 oranla tüm dünyada acil servise en sık başvuru sebeplerinden birisidir ve ABD’de her yıl 8 milyon kişi göğüs ağrısı yakınması ile merkezlere başvurmaktadır. Ancak uygun değerlendirmeler sonrasında bu başvuruların yalnızca %15-25’inde akut koroner sendrom tablosu mevcut olduğu görülmektedir. Bununla birlikte %2 oranında hasta da akut koroner sendrom olmasına rağmen tanısı atlanarak acil servisten taburcu edilmektedir. Bu durum akut koroner sendrom ve hayatı tehdit eden diğer durumların non-kardiyak tablolardan ayırımının klinik pratikte aslında pek de kolay olmayışına bağlıdır.

Göğüs ağrısı nedeninin belirlenmesi semptomların doğru şekilde sorgulanmasına ek olarak özellikle son on yılda hızla gelişen laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri sayesinde oldukça kolaylaşmıştır. Myokardiyal hasarın biyobelirteçleri tanı ve tedaviyi belirlemekle kalmayıp, risk sınıflan-

dırması ve erken dönem komplikasyonlar açısından da klinisyenlere yol göstermektedir.

1. AKUT GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

Genel popülasyonda acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların %10-15 ‘nde unstabil angina pectoris ve akut koroner sendrom tespit edilirken, çok az bir kısmında akut aort diseksiyonu ve pulmoner emboli gibi ciddi klinik tablolar görülür. Bununla birlikte çoğu hasta acil servisten tanı almadan veya nonkardiyak göğüs ağrısı tanısı alarak ayrılır. Non-kardiyak sebepler kas iskelet sistemi – abdominal visseral yakınmalar ve panik bozukluğu gibi pek çok farklı tabloyu içerir. (Tablo 1)

Aynı yakınmayla ortaya çıkan ancak prognostik açıdan birbirinden çok farklı olan bu klinik tabloların ayırımı her klinisyen için son derece önemlidir.

¹ Uzm. Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Sehir Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, airem90@gmail.com

Takip ve Gözlem

Akut koroner sendrom açısından düşük riskli olarak değerlendirilen hastalar seri EKG takipleri ve biyomarker değerlendirilmesi için birkaç saatlik gözlem periyoduna alınır. Kimi merkezlerde acil serviste ayrılan bir bölümde, kimi özelleşmiş merkezlerde de göğüs ağrısı takip ünitelerinde hazırlanmış protokole göre hastanın vital monitörizasyonu, semptom, EKG ve kardiyak marker takibi yapılır. Bu süreçte iskemik bulgu ya da yakınması gelişen hastalar kardiyoloji servisine veya koroner yoğun bakım ünitesine ileri inceleme planıyla alınırlar.

Rekürren göğüs ağrısı olmayan veya diğer risk belirteçlerini göstermeyen çok düşük riskli hastalar evlerine taburcu edilebilir veya taburculuk öncesi ya da sonrası erken dönemde koroner arter hastalığı açısından değerlendirmeye alınabilir. Bu grup hastada ayaktan yapılacak non-invaziv stres testler makul seçenek olacaktır.

KAYNAKLAR

1. MY Y. Emergency department treatment of acute coronary syndromes. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2011 [cited 2021 Sep 29];29(4):699–710. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22040701/>
2. Ayerbe L, González E, Gallo V, Coleman CL, Wragg A, Robson J. Clinical assessment of patients with chest pain; a systematic review of predictive tools. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-016-0196-4>
3. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/acc guideline for the management of patients with Non-ST-Elevation acute coronary syndromes: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(24):e139–228.
4. Scirica BM. Acute Coronary Syndrome: Emerging Tools for Diagnosis and Risk Assessment. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Apr 6;55(14):1403–15.
5. AC F, JA R, SA G, DL S, LK N. Does This Patient With Chest Pain Have Acute Coronary Syndrome?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA* [Internet]. 2015 Nov 10 [cited 2021 Sep 29];314(18):1955–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26547467/>
6. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Bauersachs J, Dendale P, Edvardsen T, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289–367.
7. Patel M, Dunford J V, Aguilar S, Castillo E, Patel E, Fisher R, et al. Pre-Hospital Electrocardiography by Emergency Medical Personnel Effects on Scene and Transport Times for Chest Pain and ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Patients. 2012 [cited 2021 Sep 29]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.03.071>
8. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Circulation* [Internet]. 2018 Nov 13 [cited 2021 Sep 30];138(20):e618–51. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000617>
9. Morrow DA. Evidence-Based Algorithms Using High-Sensitivity Cardiac Troponin in the Emergency Department. *JAMA Cardiol* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2021 Sep 30];1(4):379–81. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2526371>
10. LIBBY P. BRAUNWALD'S HEART DISEASE,2 VOL SET : a textbook of cardiovascular medicine. 2021;