

BÖLÜM 138

GÖĞÜS AĞRISI

Özlem IŞIK ¹
Serhat EROL ²

Göğüs ağrısı en sık hastaneye başvuru nedenlerindendir. Toraks içerisindeki organlar ve göğüs duvarı yapılarından kaynaklanabildiği gibi toraks dışı ağrıların yansımalarına bağlı da hissedilebilir (Tablo 1). Yapılan araştırmalarda göğüs ağrısıyla başvuran hastaların %36-45'inde kas-iskelet sistemi, %15-22'sinde kardiyak, %3-5'inde pulmoner, %2-19'unda gastrointestinal sistem hastalığı saptanmıştır. Miyokard infarktüsü (MI), kalp tamponadı, pnömotoraks, pulmoner emboli, aort diseksiyonu, özofagus rüptürü gibi hayatı tehdit edebilecek ciddi nedenleri de olabildiğinden ayırıcı tanısını yapmak oldukça önemlidir. Göğüs ağrısının nedenini araştırırken ağrının karakteri, yayılımı, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler, ağrıya eşlik eden semptomlar, hastanın detaylı özgeçmişi ve soygeçmişi sorgulanmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.

PLEVRA VE AKCİĞER KAYNAKLI NEDENLER

Solunum sistemi kaynaklı göğüs ağrısı plevra, pulmoner damarlar veya akciğer parankimiyile ilgili patolojilere bağlı ortaya çıkabilir.

Visseral ağrı künt, yeri ve şekli iyi tarif edilemeyen ağrıdır. Plöretik ağrı ise solunum sistemi kaynaklı tipik ağrı olup parietal plevranın inflamasyonuna bağlı hissedilir. Parietal plevranın periferik kısımlarının ağrı duyusu interkostal sinirler ile alındığından ağrı ilgili interkostal sinirlerin innerve ettiği bölgede, yan ağrısı şeklinde hissedilir. Diyafram kubbesini saran parietal plevranın ağrı duyusu ise frenik sinir ile taşınmakta olup, C3-5 servikal sinirleri ile frenik sinirin konverjansı nedeniyle aynı tarafta boyun ve omuz ağrısı şeklinde hissedilir. Ağrı genellikle derin inspiryum,

¹ Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD., 1ozlemisik@gmail.com

² Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD., drserol@yahoo.com



sından sırtta, boyna, karına yayılır. Fizik muayenede ekstremiteler arasında nabız ve tansiyon farkı, etkilenen ekstremitelerde solukluk, soğukluk, siyanoz, güçsüzlük, parestezi, parapleji izlenebilir.

GÖĞÜS DUVARI KAYNAKLI NEDENLER

Göğüs kafesini oluşturan yapıların inflamasyonu, travma, ağır egzersiz, ankilozan spondilit, romatoid artrit, fibromiyalji gibi romatolojik hastalıklar göğüs ağrısına yol açabilir. Kosta kırıkları ve yumuşak doku zedelenmelerine bağlı ağrılar genelde travmaya bağlı olduğundan tanı koymak nispeten kolaydır. Toraksta yer alan kemik ve yumuşak dokularının primer ve metastatik tümörleri de göğüs ağrısı nedenlerindendir.

Tietze Sendromu: Kostosternal ve sternoklaviküler eklem kıkırdaklarında hassasiyet ve ağrıya karakterizedir. Ağrı genellikle künt ve kemirici olarak tanımlanır. Fizik muayenede etkilenen eklemlerde hassasiyet, şişlik, ısı artışı ve kızarıklık saptanır. Tedavide steroid dışı antienflamatuar ilaçlar ve lokal steroid enjeksiyonları kullanılır.

Herpes Zoster (Zona): Varisella Zoster virüsün reaktivasyonu ile genellikle toraksta tek dermatomda ağrı ve ağrıya eş zamanlı ya da birkaç gün sonra ortaya çıkan veziküler cilt döküntüleriyle karakterizedir.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KAYNAKLI NEDENLER

Gastroözofagial reflü, özofagus motilite bozuklukları, peptik ülser ve gastrointestinal maligniteler de göğüs ağrısına neden olabilir. Gastrointestinal sistem kaynaklı ağrılar epigastrik, hipokondriyak, retrosternal bölgede hissedilmektedir.

Özofagus kaynaklı ağrılar ise genellikle boyun, boğaz, sternum gibi orta hat yapılarına nadiren de kola yayılmakta, hasta tarafından yanma kazınma hissi şeklinde tanımlanmaktadır. Ağrının hissedildiği bölge ve nitrogliserine yanıt vermesi nedeniyle anjina ile karışabilir. Ancak alkol tüketiminden sonra ağrının artması, anjinadan daha uzun sürmesi; proton pompa inhibitörlerine yanıt vermesi, retrosternal yanma, zaman zaman disfaji ve odinofajinin eşlik edebilmesi ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çelik, G., *Göğüs Ağrısı*, in *Göğüs Hastalıkları*, B. Poyraz and A. Kaya, Editors. 2009, Poyraz Tıbbi Yayıncılık: Ankara. p. 57-63.
2. Erhardt, L., et al., *Task force on the management of chest pain*. Eur Heart J, 2002. **23**(15): p. 1153-76.
3. Fenster, B.E., et al., *31 - Chest Pain*, in *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine (Sixth Edition)*, V.C. Broaddus, et al., Editors. 2016, W.B. Saunders: Philadelphia. p. 515-526.e3.
4. Grippi, M.A., R.M. Senior, and J.P. Callen, *Approach to the Patient with Respiratory Symptoms*, in *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 5e*, M.A. Grippi, et al., Editors. 2015, McGraw-Hill Education: New York, NY.
5. Klinkman, M.S., D. Stevens, and D.W. Gorenflo, *Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET*. Michigan Research Network. J Fam Pract, 1994. **38**(4): p. 345-52.
6. Konstantinides, S.V., et al., *2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)*. Eur Heart J, 2020. **41**(4): p. 543-603.
7. Wells, P.S., et al., *Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer*. Ann Intern Med, 2001. **135**(2): p. 98-107.
8. Yelland, M., W.E. Cayley, Jr., and W. Vach, *An algorithm for the diagnosis and management of chest pain in primary care*. Med Clin North Am, 2010. **94**(2): p. 349-74.