

# BÖLÜM 20 Göğüs Duvarı Ağrıları

Elif YAKŞI<sup>1</sup>

## Giriş

Göğüs ağrıları yaygın görülen, klinik çeşitliliği ve potansiyel olarak altta yatan ciddi bir hastalığı işaret edebilmesi nedeniyle dikkatli ve acil tanısıl değerlendirme gerektiren klinik bir durumdur. Hayati tehlike oluşturan kardiyak hastalıkların ayırıcı tanısının yapılması kritik olsa da klinik pratikte göğüs ağrılarının en sık nedeni kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarıdır (1). Genel popülasyonun %20-40'ında hayatlarının bir döneminde göğüs ağrıları görülmektedir (2). Göğüs ağrısı, hastane acil servislerine başvuru nedenlerinden biri olup, sağlık kuruluşlarına göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların oranı % 0,7 olarak bildirilmiştir. Bu hastaların %46,6'sında göğüs duvarı kaynaklı ağrı, %11,1' inde stabil iskemik kalp hastalığı, %9,5'inde psikojenik bozukluklar, %3.6'sında ise akut koroner sendrom olduğu bildirilmiştir (3). Göğüs ağrısı şikayeti olan hastalarda hayati risk oluşturan akut koroner sendrom (akut miyokard infarktüsü ve unstabil anjina pektoris), pulmoner emboli, aort diseksiyonu ve spontan pnömotoraks dahil üzere 4 klinik durumun ayırıcı tanısının hızlı bir şekilde yapılması gereklidir. Bu klinik durumların dışlanması durumunda stabil hastalarda koroner arter hastalığı ve aort steno-

zu diğer klinik durumların araştırılması gereklidir (4).

Göğüs ağrılarında etyolojide kardiyak, pulmoner, gastrointestinal, psikojenik ve muskuloskeletal sistem kaynaklı ağrılar rol almaktadır. Göğüs ağrıları için farklı etyolojik sınıflama yöntemleri olmakla birlikte klinik pratikte en sık kullanılan kardiyak kaynaklı göğüs ağrıları ve non-kardiyak kaynaklı göğüs ağrılarıdır.

## I. Kardiyak Kaynaklı Göğüs Ağrıları:

Sağlık kuruluşlarına başvuran akut göğüs ağrılı hastalarda kardiyak patolojiler, yüksek prevalansı ve yaşamı tehdit edici olması nedeniyle ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmesi gerekmektedir. Göğüs ağrısı nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %20'sinde kardiyak nedenler görülmekte, aynı şikayet ile acile başvuran hastalarda ise %50 oranında kardiyak patolojiler izlenmektedir (5). Göğüs ağrısına neden olan kardiyak nedenler arasında akut miyokard infarktüsü, unstabil anjina ve akut anjina gibi iskemik kalp hastalıkları yer alırken, iskemi ile ilişkili olmayan kalp hastalıkları arasında aritmi, akut hipertansiyon, mitral prolapsus, aort stenozu ve kardiyomyopatiler yer almaktadır (6).

<sup>1</sup> Dr Öğr. Üyesi, Bolu İzzet Baysal Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, elifyaksi@gmail.com

ma tutulumu görülebilir. SLE'ye bağlı görülen plevral efüzyon plörite neden olarak göğüs duvar ağrısına neden olur. Akut lupus pnmonitisi de plevral efüzyona neden olarak göğüs duvarı ağrısına neden olur. Bunlara ek olarak SLE'de artan venöz tromboemboli riski ve bunun sonucu gelişebilen pulmoner emboli göğüs duvarı ağrıları oluşturabilir (48).

### 3. Sistemik Hastalıklar

Osteoporoz ve neoplastik hastalıklar, torasik vertebralarda ya da kostalarda fraktüre neden olarak akut ağrıya neden olabilirler. Göğüs duvarı ağrılarının bir diğer nedeni ise dorsal kök ganglionlarında latent olarak kalan, varicella zoster virüsünün aktive olması ile ortaya çıkan herpes zoster enfeksiyonudur. Toraks duvarında dermatomal döküntüler, genellikle döküntü öncesi başlayan şiddetli ağrı ile karakterize bir hastalık tablosu oluşturur. Enfeksiyon tipik olarak 4 hafta içinde tamamen düzelir. Tedavide ağrı kontrolü ve antiviral ajanlar kullanılır (49). SAPHO sendromu, sinovit, akne, püstüloz, hiperostoz ve osteit ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte en sık ağrı yaptığı eklemler göğüs ön duvarı eklemleridir. Tedavide NSAİİ kullanılır. Gerekli durumlarda kortikosteroidler, sülfasalazin, TNF inhibitörleri de kullanılabilir (50).

### Sonuç

Göğüs ağrıları toplumda yaygın görülen ve potansiyel olarak altta yatan ciddi bir hastalığı işaret edebilmesi nedeniyle acil tanısız değerlendirme gerektiren klinik bir semptomdur. Göğüs ağrıları etiolojisinde kardiyak, pulmoner, gastrointestinal, psikojenik ve muskuloskeletal sistem kaynaklı ağrılar rol almaktadır. Klinik pratikte en sık karşılaşılan nedenler ise muskuloskeletal kaynaklı ağrılardır. Acil durumlar ekarte edildikten sonra dikkatli anamnez ve fizik muayene ile muskuloskeletal sistem ağrılarının tanısı konulabilir. Tanı ve ayırıcı

tanı amaçla radyolojik görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerden faydalanılabilir.

### KAYNAKLAR

1. Winzenberg T, Jones G, Callisaya M. Musculoskeletal chest wall pain. *Australian Family Physician*. 2015;44: 540-544.
2. Ruigómez A, Rodríguez LAG, Wallander M-A, et al. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. *Family practice*. 2006;23(2):167-174. doi:10.1093/fampra/cmi124
3. Bösner S, Becker A, Haasenritter J, et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. *The European journal of general practice*. 2009;15(3):141-146. doi:10.3109/13814780903329528
4. Parsonage WA, Cullen L, Younger JF. The approach to patients with possible cardiac chest pain. *Medical Journal of Australia*. 2013;199(1):30-34. doi:10.5694/mja12.11171
5. Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIR-NET. *Journal of Family Practice*. 1994;38(4):345-352.
6. Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Medical Weekly*. 2008;138(23-24):340-347.
7. Mackay MH, Ratner PA, Johnson JL, et al. Gender differences in symptoms of myocardial ischaemia. *European heart journal*. 2011;32(24):3107-3114. doi:10.1093/eurheartj/ehr358
8. Gómez-Escudero O, Coss-Adame E, Amieva-Balmori M, et al. The Mexican consensus on non-cardiac chest pain. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*. 2019;84:372-397. doi:10.1016/j.rgmx.2019.05.002
9. Fass R, Achem SR. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural course and pathogenesis. *Journal of neurogastroenterology and motility*. 2011;17(2):110-123. doi:10.5056/jnm.2011.17.2.110
10. Eslick G, Coulshed D, Talley N. The burden of illness of non-cardiac chest pain. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2002;16(7):1217-1223. doi:10.1046/j.1365-2036.2002.01296.x
11. Frieling T. Non-cardiac chest pain. *Visceral medicine*. 2018;34(2):92-96. doi:10.1159/000486440
12. Shekhar C, Whorwell P. Evaluation and management of patients with noncardiac chest pain. *Gastroenterology Research and Practice*. 2008;2008:708218. doi:10.1155/2008/708218

13. Cremonini F, Wise J, Moayyedi P, ET AL. Diagnostic and therapeutic use of proton pump inhibitors in non-cardiac chest pain: a metaanalysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology*. 2005;100(6):1226-1232. doi:10.1111/j.1572-0241.2005.41657.x
14. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology*. 2013;108(3):308-329. doi:10.1038/ajg.2012.444
15. Rao SS, Hayek B, Summers RW. Functional chest pain of esophageal origin: hyperalgesia or motor dysfunction. *The American journal of gastroenterology*. 2001;96(9):2584-2589. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.04101.x
16. Mudipalli RS, Remes-Troche JM, Andersen L, et al. Functional chest pain: esophageal or overlapping functional disorder. *Journal of clinical gastroenterology*. 2007;41(3):264-269. doi:10.1097/01.mcg.0000225521.36160.1b
17. Campbell KA, Madva EN, Villegas AC, et al. Non-cardiac chest pain: a review for the consultation-liaison psychiatrist. *Psychosomatics*. 2017;58(3):252-265. doi:10.1016/j.psych.2016.12.003
18. Haro LH, Decker WW, Boie ET, et al. Initial approach to the patient who has chest pain. *Cardiology clinics*. 2006;24(1):1-v. doi:10.1016/j.ccl.2005.09.007
19. Konstantinides SV, Barco S, Lankeit M, et al. Management of pulmonary embolism: an update. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;67(8):976-990. doi:10.1016/j.jacc.2015.11.061
20. Agnelli G, Becattini C. Acute pulmonary embolism. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(3):266-274. doi:10.1056/NEJMr0907731
21. Bettmann MA, White RD, Woodard PK, et al. ACR Appropriateness Criteria® acute chest pain—suspected pulmonary embolism. *Journal of thoracic imaging*. 2012;27(2):W28-W31. doi:10.1097/RTI.0b013e31823efeb6
22. Saguil A, Wyrick K, Hallgren J. Diagnostic approach to pleural effusion. *American family physician*. 2014;90(2):99-104.
23. Nauseer TD, Stites SW. Diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *American family physician*. 2001;63(9):1789-1798.
24. White KS. Assessment and treatment of psychological causes of chest pain. *Medical Clinics*. 2010;94(2):291-318. doi:10.1016/j.mcna.2010.01.005
25. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2017;14(3):145-155. doi:10.1038/nrcardio.2016.181
26. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Family Practice*. 2001;18(6):586-589. doi:10.1093/famp-ra/18.6.586
27. Wise C, Goldenberg DL. Major causes of musculoskeletal chest pain in adults. *UpToDate*. *Waltham, MA: Wolters Kluwer Health*, 2014.
28. Oh RC, Johnson JD. Chest pain and costochondritis associated with vitamin D deficiency: a report of two cases. *Case Reports in Medicine*. 2012;2012:375730. doi:10.1155/2012/375730
29. Rovetta G, Sessarego P, Monteforte P. Stretching exercises for costochondritis pain. *G Ital Med Lav Ergon*. 2009;31(2):169-171.
30. Germanovich A, Ferrante FM. Multi-modal treatment approach to painful rib syndrome: case series and review of the literature. *Pain Physician*. 2016;19(3):E465-E471.
31. Kumar R, Ganghi R, Rana V, et al. The painful rib syndrome. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2013;57(3):311-313. doi:10.4103/0019-5049.115585
32. Verdon F, Burnand B, Herzig L, et al. Chest wall syndrome among primary care patients: a cohort study. *BMC Family Practice*. 2007;8:51. Published 2007 Sep 12. doi:10.1186/1471-2296-8-51
33. Slater J, McLean NR, Youssef M, et al. Bilateral musculus sternalis—An anatomical and clinical review. *The Surgeon*. 2022;S1479-666X(22)00018-X. doi:10.1016/j.surge.2021.12.011
34. Bennett R. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2007;21(3):427-445. doi:10.1016/j.berh.2007.02.014
35. Gregory PL, Biswas AC, Batt ME. Musculoskeletal problems of the chest wall in athletes. *Sports Medicine*. 2002;32(4):235-250. doi:10.2165/00007256-200232040-00003
36. Dorn P, Kuhn MA, Schweizer BA, et al. Xiphoidectomy for intractable xiphodynia. *World journal of surgery*. 2018;42(11):3646-3650. doi:10.1007/s00268-018-4668-9
37. Huang W-T, Lee P-I, Chang L-Y, et al. Epidemic pleurodynia caused by coxsackievirus B3 at a medical center in northern Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2010;43(6):515-518. doi:10.1016/S1684-1182(10)60079-5
38. Modlin J. Coxsackieviruses, echoviruses, and newer enteroviruses. *Mandell, Douglas, and Ben-*

- nett's principles and practice of infectious diseases, 5th ed. Philadelphia (PA): Churchill-Livingstone, 2000, 1904-19.
39. Lal A, Akhtar J, Isaac S, et al. Unusual cause of chest pain, Bornholm disease, a forgotten entity; case report and review of literature. *Respiratory medicine case reports*. 2018;25:270-273. doi:10.1016/j.rmcr.2018.10.005
  40. Sawada K, Ithoriya H, Yamada T, et al. A patient presenting painful chest wall swelling: Tietze syndrome. *World Journal of Emergency Medicine*. 2019;10(2):122-124. doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2019.02.011
  41. Kaplan T, Gunal N, Gulbahar G, et al. Painful chest wall swellings: Tietze syndrome or chest wall tumor? *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*. 2016;64(3):239-244. doi:10.1055/s-0035-1545261
  42. Durmaz HÖ, Erdem HR. Tietze Sendromu: Bir Olgu Sunumu. *Journal of Health Science Yuksek Ihtisas University*. 2021;2:63-66.
  43. Ayloo A, Cvengros T, Marella S. Evaluation and treatment of musculoskeletal chest pain. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2013;40(4):863-viii. doi:10.1016/j.pop.2013.08.007
  44. Almansa C, Wang B, Achem SR. Noncardiac chest pain and fibromyalgia. *Medical Clinics*. 2010;94(2):275-289. doi:10.1016/j.mcna.2010.01.002
  45. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. In: *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2007;36(6):339-356. doi:10.1016/j.semarthrit.2006.12.009
  46. Walsh DA, McWilliams DF. Pain in rheumatoid arthritis. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Dec;16(6):509-17. doi: 10.1007/s11916-012-0303-x.
  47. Wendling D, Prati C, Demattei C, Loeuille D, Ricchetti P, Dougados M. Anterior chest wall pain in recent inflammatory back pain suggestive of spondyloarthritis. data from the DESIR cohort. *J Rheumatol*. 2013 Jul;40(7):1148-52. doi: 10.3899/jrheum.121460
  48. Kamen DL, Strange C. Pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. *Clin Chest Med*. 2010;31(3):479-88. doi: 10.1016/j.ccm.2010.05.001
  49. Johnson RW. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: a review of the effects of vaccination. *Aging clinical and experimental research*. 2009;21(3):236-243. doi:10.1007/BF03324909
  50. Zhao Z, Li Y, Li Y, et al. Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis (SAPHO) syndrome with review of the relevant published work. *The Journal of dermatology*. 2011;38(2):155-159. doi:10.1111/j.1346-8138.2010.00931.x