



# GÖĞÜS AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Adem ADAR<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Göğüs ağrısı sık görülen bir şikayettir. Hayatı tehdit eden birçok nedeni içeren geniş bir ayırıcı tanıyı kapsar. Göğüs ağrısı ile başvuran bir hastada öncelikle hayatı tehdit eden hastalıklar dışlanmalıdır (1).

## ETİYOLOJİ

Göğüs ağrısı değerlendirilirken farklı etiyojileri düşünmek gerekmektedir. Ağrının karakteri, yayılımı, süresi ve şiddeti ayırıcı tanıda önemlidir. Viseral ağrı kalp gibi iç organlarımızdan kaynaklanan ağrılardır. Somatik ağrı genellikle kas iskelet sisteminden kaynaklanan ağrılardır (1). Viseral ağrı genellikle belirsiz bir dağılım paterni ile kendini gösterir, bu da hastanın ağrıyı belirli bir noktadan ziyade geniş bir alanda tanımlamasına neden olur. Hastadan göğüs ağrısını hissettiği yeri parmakla göstermesi istendiğinde, genellikle elleri ile daha geniş bir alanı gösterir. İç organlardan kaynaklanan ağrıların ortak tanımlayıcıları derinden gelmeleri, baskı ve sıkışma tarzında kendini göstermeleridir (2). Örneğin, iskemik kalp ağrısı göğüs ortasından başlar sol veya sağ omuz, çene veya sol kola yayılır. Bulantı ve kusma gibi belirtiler de iç organ ağrısının işareti olabilir. Somatik ağrı, viseral ağrıdan daha spesifiktir ve hastalar genellikle belirli bir noktayı işaret edebilirler. Somatik ağrının vücudun diğer bölümlerine yayılma olasılığı daha düşüktür. Somatik ağrının ortak tanımlayıcıları keskin ve batma biçiminde olmalarıdır (2).

<sup>1</sup> Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi Kardiyoloji Kliniği, dradaradem@gmail.com

göre tip A ve tip B olarak sınıflanır. Tip A' da ascendan aorta disseksiyonu vardır. Tip B' de ise sadece desenden aorta disseksiyonu vardır (26). Erkek cinsiyet, 50-70 yaş arası olmak, bağ doku hastalığı varlığı ve hipertansiyon en önemli risk faktörleridir. Medikal tedavi hastanın vital bulgularına göre yapılır. Hastanın oksijeni düşük ise oksijen verilir. Damar yolu açılır. Tansiyonları yüksekse i.v tedavi ile tansiyonları hızlıca düşürülmelidir. Tansiyonları düşükse i.v hidrasyon yapmak gerekir. Göğüs ağrısının kontrolü için morfin yapılabilir. A tipi disseksiyonlar aort rüptürünü önlemek için açık cerrahi gerektirir ve genellikle B tipi disseksiyonlardan daha kötü prognoz taşırlar. Tip B disseksiyonlar tıbbi tedavi ile takip edilir. Disseksiyon komplike olursa endovasküler müdahale gerekir (26).

## ÖZOFAGUS PERFORASYONU

Özefagus perforasyonu nadir görülen ancak yüksek mortaliteye sahip bir patolojidir. İatrojenik (tanısal endoskopi işlemleri, varis ligasyonu, skleroterapi), spontan (Boerhaave sendromu) veya diğer (yabancı cisim yutulması, travma, tümör) nedenlere olabilir. Erken tanı ve tedavi morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Perforasyon sonucu mediastene özefagus içeriği yayılır. Bunun neticesinde mediyastinit, peritonit gelişebilir. Hızlı tanı ile özefagus perforasyonunun cerrahi tedavisi gerekmektedir. Mediasteninin temizlenmesi, oral beslenmenin kesilmesi ve enteral beslenmenin başlanması gerekir (27).

## KAYNAKLAR

1. Johnson K, Ghassemzadeh S. Chest Pain. StatPearls. Treasure Island (FL)2022.
2. Schey R, Villarreal A, Fass R. Noncardiac chest pain: current treatment. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2007;3:255-62.
3. Dezman ZD, Mattu A, Body R. Utility of the History and Physical Examination in the Detection of Acute Coronary Syndromes in Emergency Department Patients. West J Emerg Med. 2017;18:752-60.
4. Woo KM, Schneider JI. High-risk chief complaints I: chest pain--the big three. Emerg Med Clin North Am. 2009;27:685-712, x.
5. Wertli MM, Ruchti KB, Steurer J, Held U. Diagnostic indicators of non-cardiovascular chest pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2013;11:239.
6. Ayloo A, Cvengros T, Marella S. Evaluation and treatment of musculoskeletal chest pain. Prim Care. 2013;40:863-87, viii.
7. Rosengren A, Wilhelmsen L, Hagman M, Wedel H. Natural history of myocardial

- infarction and angina pectoris in a general population sample of middle-aged men: a 16-year follow-up of the Primary Prevention Study, Goteborg, Sweden. *J Intern Med.* 1998;244:495-505.
8. Kuch J. (Angina pectoris). *Wiad Lek.* 1983;36:71-80.
  9. Hattab FE, Radi FZ, Hara L, Hafidi EM, Zarzur J, Cherti M. (Inferior myocardial infarction: first Moroccan study of 103 cases). *Pan Afr Med J.* 2019;33:74.
  10. Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatt GH, Simel DL. The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA.* 1998;280:1256-63.
  11. Swap CJ, Nagurney JT. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. *JAMA.* 2005;294:2623-9.
  12. Edmondstone WM. Cardiac chest pain: does body language help the diagnosis? *BMJ.* 1995;311:1660-1.
  13. Chun AA, McGee SR. Bedside diagnosis of coronary artery disease: a systematic review. *Am J Med.* 2004;117:334-43.
  14. 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;10:14-23.
  15. Blondeau M. (Electrocardiography in angina pectoris). *Rev Prat.* 1972;22:4731-51.
  16. Hess EP, Perry JJ, Ladouceur P, Wells GA, Stiell IG. Derivation of a clinical decision rule for chest radiography in emergency department patients with chest pain and possible acute coronary syndrome. *CJEM.* 2010;12:128-34.
  17. Boeckel JN, Palapies L, Klotsche J, Zeller T, von Jeinsen B, Perret MF, et al. Adjusted Troponin I for Improved Evaluation of Patients with Chest Pain. *Sci Rep.* 2018;8:8087.
  18. Cayley WE, Jr. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician.* 2005;72:2012-21.
  19. Nanuwa K, Chambers J, Senior R. Echocardiography for chest pain in the emergency department. *Int J Clin Pract.* 2005;59:1374-6.
  20. Hurst DR, Kazerooni EA, Stafford-Johnson D, Williams DM, Platt JF, Cascade PN, et al. Diagnosis of pulmonary embolism: comparison of CT angiography and MR angiography in canines. *J Vasc Interv Radiol.* 1999;10:309-18.
  21. Barbato E, Mehilli J, Sibbing D, Siontis GCM, Collet JP, Thiele H, et al. Questions and answers on antithrombotic therapy and revascularization strategies in non-ST-elevation acute coronary syndrome (NSTE-ACS): a companion document of the 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2021;42:1368-78.
  22. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018;39:119-77.

23. Beza L, Leslie SL, Alemayehu B, Gary R. Acute coronary syndrome treatment delay in low to middle-income countries: A systematic review. *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2021;35:100823.
24. Vinson DR, Isaacs DJ, Taye E, Balasubramanian MJ. Challenges in Managing Isolated Subsegmental Pulmonary Embolism. *Perm J.* 2021;25.
25. Argulian E. Spectrum of Pericardial Tamponade: A New Look at an Old Problem. *JACC Case Rep.* 2021;3:1557-9.
26. Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, Nicholson J, Trimarchi S, Eagle KA. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma: A Systematic Review. *JAMA.* 2016;316:754-63.
27. Garcia-Moreno V, Maiocchi K, Gomez-Quiles L, Villarin-Rodriguez A, Aliaga-Hilario E, Martinez-Hernandez A, et al. Treatment of esophageal perforation: A review of our experience at a tertiary referral hospital spanning the past 19 years. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed).* 2021.