

# Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Göğüs Ağrısı ile Başvuran Hastaların Tanısal Dağılımı

## Clinical Follow Up of Patients Admitting to Pulmonary Clinic with Chest Pain

<sup>1</sup>İbrahim Koç, <sup>2</sup>Yusuf Doğan, <sup>3</sup>Serdar Doğan, <sup>4</sup>Selçuk Köker, <sup>1</sup>Ayşen Dökme, <sup>4</sup>Abdulaziz Kaya

<sup>1</sup>Viranehir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Viranehir Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji, Şanlıurfa

<sup>3</sup>Viranehir Devlet Hastanesi, Biyokimya, Şanlıurfa

<sup>4</sup>Viranehir Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon, Şanlıurfa

### Özet

Acil servis başvurularında göğüs ağrısı en sık başvuru sebebi olup nedenlerine bakıldığında kardiyak ve non-kardiyak olarak iki bölümde incelenmektedir. Kardiyak kökenli ağrılar iyi bilinse de non-kardiyak göğüs ağrılarının (NKG) patofizyolojisi kompleks olup tam anlaşılammıştır. Bu çalışmada amacımız göğüs hastalıkları kliniğine göğüs ağrısı ile başvuran hastaların özelliklerini ve aldıkları tanıları değerlendirmektir. Çalışmamızda göğüs hastalıkları kliniğine göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran 97'si erkek 103'ü kadın toplamda 200 hasta prospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, özgeçmişleri ve soy geçişleri not edildi. Endikasyon dahilinde ilgili branşlara konsültasyonlarının ardından aldıkları tanıları kaydedildi. Çalışma sonuçlarına bakıldığında kas iskelet sistemi ile ilişkili olan göğüs ağrıları ilk sırada, gastroözefageal reflü (GÖR) ikinci sırada, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), astım ve akut bronşit ile ilişkili olan göğüs ağrıları ise üçüncü en sık başvuru sebebi olmuştur. Göğüs hastalıkları kliniklerine göğüs ağrısı ile başvuran hastaların çoğunluğunu kas iskelet sistemi ilişkili ağrılar oluşturmakta ancak KOA, astım ve akut bronşitte de özellikle henüz tanı konmamış olan hastalar nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissini bazen göğüs ağrısı olarak tanımlayabilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Göğüs ağrısı, tanısal dağılım, göğüs hastalıkları kliniği

### Abstract

Chest pain is the most common reason of emergency service visits and is analysed in two subdivisions as cardiac and non-cardiac. Pain of cardiac origin is well understood but pathophysiology of non-cardiac chest pain is complex and poorly understood. In this study, we aimed to assess the characteristics of patients and final diagnoses of patients admitted to pulmonary clinic with chest pain. In our study, we prospectively analyzed 97 male and 103 female in a total 200 patients who admitted to pulmonary clinic with chest pain. Demographic, clinic characteristics, medical and family histories were noted. After their consultation with the relevant clinic within indications their final diagnosis were recorded. According to the results, pain with musculoskeletal origin was the most common, gastroesophageal reflux the second, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and acute bronchitis related chest pain was the third most common reason. In conclusion majority of patients admitted to pulmonary clinics with chest pain mostly are related to musculoskeletal reasons. On the other hand, patients with chronic obstructive pulmonary disease, asthma and acute bronchitis patients especially who are not diagnosed yet may define shortness of breath and chest tightness as chest pain.

**Key words:** Chest pain, diagnostic distribution, pulmonary clinic

### GİRİŞ

Solunum sistemi ile ilişkili olan göğüs ağrısı yaygın olarak görülmekte olup Amerika Birleşik Devletleri'nde 2006 yılında acil servis başvurularının yaklaşık olarak %10'unu oluşturmuştur (1). Genel olarak acil servis başvurularında da göğüs ağrısı en sık başvuru sebebi olmuştur. Göğüs ağrısı sebepleri kardiyak ve non-kardiyak olarak iki bölümde incelenmektedir. Kardiyak sebepler arasında anjina, miyokardiyal infarkt, aort stenozu, hipertrofik kardiyomyopati, koroner vazospazm, aort diseksiyonu ve mitral kapak prolapsusu yer almaktadır. Gastrointestinal sistem ile ilişkili sebepler arasında ise gastroözefageal reflü (GÖR), özefageal spazm, özefageal perforasyon, gastrit ve peptik ülser bulunur. Akciğer ile ilişkili sebepler pnömotoraks, pulmoner emboli, plörit, neoplazm ve bronşittir. Akciğer parankimi ve visseral plevra ağrıya duyarlı olduğundan (2) solunum sistemi ile ilişkili olan göğüs ağrısı diyafragmatik plevranın da dahil olduğu paryetal plevra, göğüs duvarı

ve mediastinal yapılardan kaynaklanmaktadır. Kas iskelet sistemi ile ilişkili sebepler arasında kostokondrit, miyalji, kompresyon radikülopatisi ve dermatolojik olarak herpes zoster bulunmaktadır (1). Solunum sistemi ile ilişkili göğüs ağrısının patofizyolojisi yeterince anlaşılammış, takibi ve tedavisi ile ilişkili yeterince çalışma yapılmamıştır. Göğüs ağrısı ile hastalar acil servisler, kardiyoloji, iç hastalıkları, fizik tedavi klinikleri ve göğüs hastalıkları kliniklerine başvurmaktadırlar. Acil servisler ve kardiyoloji kliniklerine başvuran hastalar ile ilişkili yeterince çalışma olmasına rağmen göğüs hastalıkları kliniklerine başvuran hastaların profili ve aldıkları nihai tanıları ile ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır. Kardiyak kökenli ağrılar iyi bilinse de non-kardiyak göğüs ağrıları (NKG)'nin patofizyolojisi kompleks olup tam anlaşılammıştır. Batılı ülkelerde NKG sebepleri özefageal reflü, visseral hiperaljezi, özefageal motilite bozuklukları ve psikiyatrik rahatsızlıklardır. NKG'nin tedavisi de multifaktöryel olabileceğinden dolayı zor olmaktadır (3,

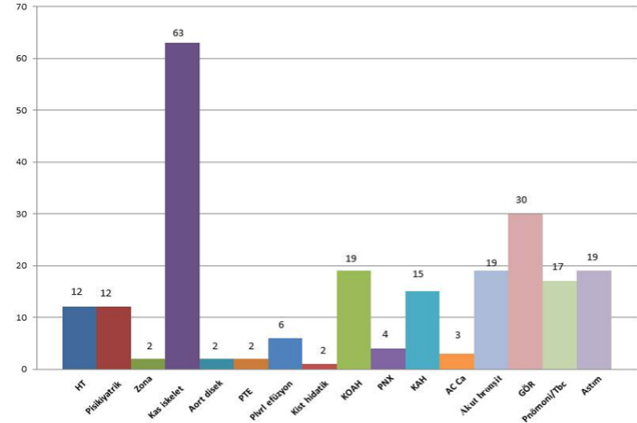
4). Gastroözefageal reflü NKG'nin batıda en sık sebebidir (5) ancak ülkemizde bu konu ile ilgili yeterince veri bulunmamaktadır. Göğüs ağrılı hastaya yaklaşımda anamnez ve fizik muayene tanıya giden yolda önemli adımlardır. Göğüs ağrısı diğer tüm ağrılarda olduğu gibi rahatsız edicidir, beraberinde telaş ve özellikle kardiyak kökenli ağrılarda ölüm korkusu ile birtakim gösterebilmektedir (5). Göğüs ağrılı hastaya yaklaşımda ağrının başlama zamanı, niteliği, lokalizasyonu, karakteri, arttıran ve azaltan faktörler ve ağrıya eşlik eden diğer semptomların sorgulanması önemlidir (6). Bu çalışmada amacımız göğüs hastalıkları kliniğine göğüs ağrısı ile başvuran hastaların özelliklerini ve aldıkları tanıları değerlendirmektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Şanlıurfa Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniğine göğüs ağrısı ile başvuran hastaların demografik ve klinik özellikleri, özgeçmişleri ve soy geçişleri, kullanmakta oldukları ilaçlar not edilerek prospektif değerlendirme yapılmıştır. Endikasyon dahilinde ilgili branşlara konsültasyonlarından aldıkları tanıları kaydedildi. Bazı hastalarda göğüs ağrısına birden fazla hastalığın yol açmış olduğu düşünüldüğünden tanıların sayı ve yüzdeleri toplam hasta sayısından fazla olabilmektedir. Bu çalışmaya 97'si erkek 103'ü kadın olmak üzere toplamda 200 hasta dahil edildi. Çalışma için yerel etik kurul onayı alındı.

## BULGULAR

Bu çalışmada göğüs hastalıkları kliniğine göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran 200 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Aldıkları nihai tanılarına bakıldığında kas iskelet sistemi ile ilişkili göğüs ağrıları en sık başvuru sebebi, ikinci sırada GÖR, üçüncü sırada ise KOAH, astım ve akut bronşit saptandı (Tablo 1, Şekil 1). Pnömoni/akciğer tüberkülozu % 8,5, koroner arter hastalığı saptanan hasta oranı %7,5, psikojenik kökenli göğüs ağrıları % 6 oranında başvuru sebebi olmuştur. Koroner arter hastalığı olmaksızın hipertansiyon % 6, plevral efüzyon % 3, pnömotoraks % 2, akciğer malignitesi %1,5, aort diseksiyonu, pulmoner emboli, zona ve kist hidatik % 1 oranında saptanmıştır.



**Şekil 1. Çalışmaya alınan hastaların tanılarının grafiksel görünümü**

HT; Hipertansiyon, PTE; pulmoner tromboemboli, Aort disek; aort diseksiyonu, KOAH; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, PNX; pnömotoraks, KAH; Koroner arter Hastalığı, AC Ca; akciğer malign neoplazmi; GÖR; gastroözefageal reflü, Tbc; tüberküloz

## TARTIŞMA

Göğüs ağrısı acil servis başta olmak üzere hastane başvurularının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Göğüs ağrısının kardiyak sebepleri olabileceği gibi kalp dışı sebeplerinin de olabileceği unutulmamalıdır. Göğüs hastalıkları pratiğinde hastalar; nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma ve hemoptizinin yanısıra göğüs ağrısı şikayeti ile de başvurabilmektedir. Ancak göğüs hastalıkları kliniklerine başvuran hastaların aldıkları tanıları ve prognozları konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda kardiyoloji kliniklerine başvuran

**Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların özellikleri ve demografik bilgileri**

Hastalık	Erkek (n=97)	Bayan (n=103)	Toplam	%
Yaş	34±12	39±15		
Kas-iskelet sistemi	33	30	63	31.5
GÖR	14	6	30	15
KOAH	6	13	19	9.5
Astım	9	10	19	9.5
Akut bronşit	16	3	19	9.5
Pnömoni/ Tbc	7	10	17	8.5
KAH	6	9	15	7.5
Psikojenik	2	10	12	6
Ht	4	8	12	6
Plevral efüzyon	4	2	6	3
Pnömotoraks	3	1	4	2
AC Ca	3	0	3	1.5
Aort diseksiyonu	1	1	2	1
Pulmoner emboli	1	1	2	1
Zona	1	1	2	1
Kist hidatik	1	1	2	1

Yaş ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. GÖR; Gastro özefageal reflü, KOAH; Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KAH; Koroner arter hastalığı, Tbc; Tüberküloz, Ht; Hipertansiyon, AC Ca; Akciğer malign neoplazmi

ve kardiyak hastalık saptanmayan hastalarda en sık başvuru sebebinin GÖR ikinci sebebinin ise myalji olduğu saptanmıştır (7). Kas iskelet sistemi ile ilişkili göğüs ağrıları arasında kostokondrit (Tietze sendromu), kot fraktürü ve myalji bulunmaktadı. Göğüs duvarı ile ilişkili ağrılarda palpasyon ağrılı tetikleyebilmektedir. Çalışmamızda kas iskelet sistemi ile ilişkili göğüs ağrıları ilk sırayı almış ve bunu GÖR takip etmiştir. Parkas ve ark. 202 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada kardiyak ve NKGAlı hastaları incelemişlerdir (8). NKGAlı grupta çalışmamıza benzer şekilde kas iskelet sistemi ile ilişkili olan göğüs ağrıları ilk sırada yer almıştır. Spalding ve ark.nın 250 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada ani başlangıçlı göğüs ağrısının %23 kadarının kas iskelet sistemi ile ilişkili sebeplere bağlı olduğu saptanmıştır (9). Yine Burman ve ark.nın 832 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada ilk hekim tanılarında bakıldığında kas iskelet sistemi ilişkili göğüs ağrıları kardiyak kökenli ağrılardan sonra ikinci sırada yer almıştır (10). Ağrının subjektif bir semptom olduğu kas iskelet sistemi ile ilişkili ağrı tanısının kesin kriterlerinin olmadığı ve bireylerin yaşama ve çalışma ortamlarına göre değişebileceği unutulmamalıdır. Örneğin kırsal kesimde yaşayan, ağır yük taşıyan bireylerde bu tip ağrılar topluma oranla daha fazla görülebilmektedir.

Gastroözefageal reflü NKGAlı'nın en sık sebebi ve en iyi bilinenidir (3, 11). Çalışma sonuçlarımıza bakıldığında kas iskelet sistemi ile ilişkili olan göğüs ağrılarından sonra GÖR en sık ikinci göğüs ağrısı sebebi olmuştur. GÖR'lü hastalarda sternum arkasında yanıcı tarzda göğüs ağrısı ile beraber ağza acı su gelmesi ve şikayetlerin baharatlı, asit içeren gıda ve içeceklerden sonra artış göstermesi karakteristik özelliğidir. GÖR'lü hastalar aynı zamanda kuru ve inatçı öksürükten de yakınabilmektedirler (12). Hem tedavi hem de tanıda proton pompa inhibitörleri reflü ilişkili göğüs ağrılarının aydınlatılmasında kullanılabilir (13). Psikojenik kökenli sebeplere bakıldığında ise bu şikayetlerin kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (14). Kardiyoloji kliniklerine başvurularda panik bozukluğu olan bireylerde göğüs ağrısı (%10-14) (15) genel popülasyonla (%2-5) (16) kıyaslandığında çok daha fazla görülmekte ve bu grupta hastaneye başvurma oranı daha yüksek olmaktadır. Bu hasta popülasyonunda göğüs ağrısı ile beraber göğüste sıkışma veya nefes darlığı şikayetleri de olmaktadır (17). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında psikiyatrik kökenli göğüs ağrıların kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Carmin ve ark.nın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde kadınlarda anksiyete ile ilişkili göğüs ağrısının erkek popülasyondan daha fazla olduğu saptanmıştır (17). Anksiyete ile ilişkili göğüs ağrısında ağrı tam anlamıyla ifade edilememekte ve bu durumun hayat kalitelerinde düşüşe sebep olduğu görülmektedir (18).

Sonuç olarak göğüs hastalıkları kliniklerine göğüs ağrısı ile başvuran hastaların çoğunluğunu kas iskelet sistemi ile ilişkili ağrılar oluşturmakta ancak KOAH, astım ve akut bronşitte de göğüs ağrısı olabileceği gibi göğüste sıkışma ve bazen nefes darlığı göğüs ağrısı olarak tanımlanabilmektedir. KAH, pnömotoraks ve aort diseksiyonu gibi hastalıklar unutulmamalı ve ayırıcı tanıya giderken akıld tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Brims FJ, Davies HE, Lee YC. Respiratory chest pain: diagnosis and treatment. *Med Clin North Am* 2010; 94: 217-32.
2. R. A. Chest pain. In: Albert RK SS, Jett JR, editors., ed. *Clinical pulmonary medicine*. Elsevier, Philadelphia, 2008; pp. p. 317-24.
3. Fass R, Dickman R. Non-cardiac chest pain: an update. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18(6):408-17.
4. Fass R, Achem SR. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural course and pathogenesis. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17(2):110-23.
5. Achem SR. Noncardiac chest pain-treatment approaches. *Gastroenterol Clin North Am* 2008;37(4): 859-78.
6. Fass R and Achem SR. Noncardiac chest pain: diagnostic evaluation. *Dis Esophagus* 2011;25(2): 89-101.
7. Launbjerg J, Fruergaard P, Jacobsen HL, Madsen JK. Long-term cardiac mortality in patients admitted with noncoronary chest pain under suspicion of acute myocardial infarction. *Cardiology* 1993;82(1): 36-41.
8. Parkash O, Almas A, Hameed A, Islam M. Comparison of non cardiac chest pain and acute coronary syndrome patients presenting to a tertiary care center. *J Pak Med Assoc* 2009; 59(10): 667-71.
9. Spalding L, Reay E, Kelly C. Cause and outcome of atypical chest pain in patients admitted to hospital. *J R Soc Med* 2003; 96(3): 122-5.
10. Burman RA, Zakariassen E, Hunskaar S. Management of chest pain: a prospective study from Norwegian out-of-hours primary care. *BMC Fam Pract* 2014;15(1): 1127.
11. Faybush EM, Fass R. Gastroesophageal reflux disease in noncardiac chest pain. *Gastroenterol Clin North Am* 2004; 33(1): 41-54.
12. Stahl WG, Beton RR, Johnson CS, Brown CL, Waring JP. Diagnosis and treatment of patients with gastroesophageal reflux and noncardiac chest pain. *South Med J* 1994;87(7): 739-42.
13. Dickman R, Emmons S, Cui H, et al. The effect of a therapeutic trial of high-dose rabeprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22(6): 547-55.
14. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 593-602.
15. Beitman BD, Mukerji V, Lamberti JW, et al. Panic disorder in patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *Am J Cardiol* 1989;63(18):1399-403.
16. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Bourassa MG. Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal heart attack readjustment trial. *Psychosom Med* 2002; 64(4): 571-9.
17. Carmin CN, Ownby RL, Wiegartz PS, Kondos GT. Women and non-cardiac chest pain: gender differences in symptom presentation. *Arch Womens Ment Health* 2008;11(4): 287-93.
18. Jerlock M, Gaston-Johansson F, Danielson E. Living with unexplained chest pain. *J Clin Nurs* 2005;14(8): 956-64.