

Yaşlıda göğüs ağrısına yaklaşım

Approach to chest pain in elderly patients

Boydak B¹ Şahin S²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir

Özet

Acil servise başvuran hastalarda en sık şikayetlerden bir tanesi göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısının nedeni kalp, akciğer, mediasten, özefagus veya mideden kaynaklanan herhangi bir hastalık olabilir. En sık görülen ve hayati tehlikesi olan göğüs ağrısı nedenleri ise kardiyak nedenlerdir. Yaşlılardaki kardiyak göğüs ağrısı, gençlerdekine göre farklı özellikte, lokalizasyonda ve şiddette olabilmektedir. Yaşlılarda göğüs ağrısının diğer nedenleri, gastroözofageal reflü ve motilite bozukluklarıdır. Yaşlı hasta ile sık karşılaşan hekimler yaşlı hastalarda hastalıkların atipik semptomlarla seyredebileceğini bilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Acil servis, acil yaklaşım, göğüs ağrısı, yaşlı.

Summary

Chest pain is one of the most common complaints among the patients attending the emergency departments. Chest pain may result from any health problems related to the heart, lungs, mediastinum, esophagus or stomach. The most common and life-threatening causes of chest pain are cardiac causes. Cardiac chest pain in the elderly might have different characteristics, localization and intensity compared to that seen in younger adults. Other causes of chest pain in older adults include gastroesophageal reflux and motility disorders. Physicians who mainly deal with older patients should know that diseases might present with atypical symptoms in elderly patients.

Key Words: Emergency department, emergent management, chest pain, elderly.

Giriş

Acil servise başvuran hastalarda en sık şikayetlerden bir tanesi göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısının nedeni kalp, akciğer, mediasten, özefagus veya mideden kaynaklanan herhangi bir hastalık olabilir. Acil hekimi açısından verilmesi gereken karar göğüs ağrısının hayati tehlikeye neden olacak özellikte olup olmadığıdır. ABD'lerinde göğüs ağrısı ile acil servise bir yılda başvuran hasta sayısı yaklaşık 6 milyon olarak belirtilmektedir (1). Yaşlı hastalarda tipik şikayetlerin olmaması tanıyı zorlaştırılmaktadır.

Göğüs Ağrısı Nedenleri

Hekim göğüs ağrısı nedenlerini sistematik olarak gözden geçirmelidir. Göğüs ağrısı nedenleri ağrının kaynağı olduğu sisteme göre şu şekilde sınıflandırılabilir.

1. Tüm nedenler

Kardiyovasküler sistem hastalıkları

- İskemik göğüs ağrısı sendromu
- Noniskemik göğüs ağrısı sendromu

- Koroner arter hastalığı
- Kardiyak Sendrom X (Anjina benzeri ağrı olur, koronerler normaldir, premenapozal bayanlarda sıktır)
- Kapak hastalıkları
- Perikardit
- Myokardit
- Akut aortik sendrom

Göğüs duvarından kaynaklanan hastalıklar

- İsole kas iskelet sistemi hastalıkları (Örnek; kostakondritis, kostakondrial eklem disfonksiyonu, thorasik disk hernisi, sternal sendrom, xiphoidalgiya, spontansternoklavikuler subluksasyon gibi)
- Romatizmal hastalıklar (Örnek; romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriatik artrit, fibromyaljiya, nadiren sistemik lupus eritomatozis, polikondrosis)
- Romatizmal olmayan sistemik hastalıklar (Örnek; öksürüğe veya malignitelere bağlı gelişen kırıklar, septik artrit)
- Deri ve periferik duysal sinir hastalıkları (Örnek; Herpes zoster enfeksiyonuna bağlı postherpetik nevralsi)

Yazışma Adresi: Sevnaz ŞAHİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Bornova, İzmir

Hiperadrenerjik duruma bağlı gelişen göğüs ağrısı

Adrenalin ve noradrenalin salınımının arttığı durumlarda taşikardi hipertansiyon olası iskemiyin olduğu durumlar

- Feokromasitoma
- Metamfetamin ve kokain intoksikasyonu
- Stresin indüklediği kardiyomyopatiler

Gastrointestinal hastalıklara bağlı gelişen göğüs ağrısı

- Özofajial hastalıklar (Örnek; özofajial spazm, gastro özofajial reflü, özofajial hipersensitivite, akalazya, özofajit)
- Paraözofajial herni
- Gastrik volvulus

Pulmoner nedenlere bağlı gelişen göğüs ağrısı

- Emboli
- Pulmoner Hipertansiyon
- Kor Pulmonale
- Pnömoni
- Malignite
- Plöritik hastalıklar
- Pnömotoraks

Mediastinal nedenlere bağlı gelişen göğüs ağrısı

Psikojenik göğüs ağrısı

2. Hızlı müdahale gerektiren, hayati tehlikesi olan göğüs ağrısı nedenleri

- Akut koroner sendrom
- Aort disseksiyonu
- Pulmoner emboli
- Pnömotoraks
- Perikardiyal tamponad
- Mediastinitis (özofajial rüptür gibi)

Ayrırcı Tanı ve Yaşlıya Özgü Durumlar

Bu metinde tüm göğüs ağrısı nedenleri tek tek ele alınmayacak sadece yaşlılarda sık görülen nedenler ve ayrırcı tanıya dikkat çekilecektir. Gerek gençlerde gerekse yaşlılarda en sık görülen göğüs ağrısı nedeni kardiyaktır.

Kardiyak kökenli göğüs ağrısının temel bulgusu retrosternal alanda baskı tarzında, sıkıştırıcı olması ve sol omuza, kola, ele, boyna, çeneye doğru yayılabilmesidir. Ağrı, genellikle egzersiz, üzüntü ya da ağır yemek sonrasında başlamaktadır. Yaşlılarda ise ağrı algılanmasının azalmasıyla ilişkili olarak ağrının şiddeti daha az belirgindir. Ağrı eforla tetiklenebildiği gibi, istirahatta dahi olabilir. Bazen de başağrısı ve epigastrik ağrıyla kendini gösterebilir. Yaşlılarda kardiyak patolojilerde en sık görülen semptom ağrıdan çok nefes darlığı olarak belirtilmiştir (Tablo-1) (2). Nefes darlığını takiben konfüzyon, davranış değişikliği, senkop, bulantı, terleme,

karın ağrısı, hipotansiyon, taşikardi gibi atipik semptomlar da olabilir (3).

Göğüs ağrısının kardiyak olduğu düşünülmesi halinde mutlaka EKG çekilmeli ve kardiyak enzimler bakılmalıdır. Özellikle 60-80 yaş arasındaki erkeklerde sık görülen bir diğer göğüs ağrısı nedeni aort disseksiyonudur. 464 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada aort disseksiyonu olan hastaların %65'inin erkek olduğu ve yaş ortalamalarının 63 yıl olduğu saptanmıştır (4). Acil serviste göğüs ağrısı ayrırcı tanısında genç hastada pnömotoraks, yaşlı hastalarda ise aort disseksiyonu öncelikli olarak düşünülmelidir. Göğüs ağrısına eşlik eden senkop ve nörolojik bulgular aort disseksiyonunu akla getirmelidir. Disseksiyonun senkopla birlikteliği kötü prognozu işaret eder.

Tablo-1. Akut Myokard İnfarktüsü ile Başvuran 110 Yaşlının Semptomları.*

Semptom	Görülme oranı (%)
Dispne	35
Göğüs ağrısı	22
Nörolojik semptomlar	18
Gastrointestinal semptomlar	4
Semptomsuz	21

*Aronow WS'nin çalışmasından adapte edilmiştir (2).

Nonkardiyak göğüs ağrısının gastrointestinal diğer nedenlerinden bir tanesi özofajial motilite bozuklukları olarak belirtilmektedir. Alt özofagusta uzun ve yüksek amplitütlü kontraksiyonlarla karakterize "nutcracker özofagus", sık görülen özofajial motilite bozukluklarındandır. Bu motilite bozukluğunda tanıda özofajial kontraksiyonların provake edildiği testler kullanılmalıdır. Bununla birlikte nonkardiyak göğüs ağrısının araştırıldığı 910 hastanın dahil edildiği bir çalışmada motilite bozukluğu oranları %28 iken, bu hastaların sadece %10'unda özofajial spazm saptanmıştır (5). Özofajial göğüs ağrısının olası patogenezi, azalmış ağrı eşiğine bağlı normal stimulusların anormal algılanması (özofajial hipersensitivite gibi) olabilir. Asit veya hiperosmolarite ile uyarılan kemoreseptörler, gerilmeye bağlı uyarılan mekanoreseptörler veya sıcak, soğuk ile uyarılan termoreseptörler özofagustaki ağrı duyusundan sorumlu olabilir (6).

Asit infüzyonu ile yapılan provakasyon testleri gastrik asit artışının da ağrı da etkili olduğunu göstermiştir (7). Asit sekresyonu ile ağrının artması da bu bulguyu desteklemektedir (8).

Gastroözofajial reflü (GER), benzer mekanizma ile ağrıya neden olur. Yaşlılığa bağlı önemli fizyolojik

değişikliklerden bir tanesi relaksasyon veya yutkunma sonrası kontraksiyon amplitütünün azalmasıdır. Bununla birlikte yaşla artan gastrin alt özofagial kontraksiyonunu artırırken çoğu bireyde de gastrik asit sekresyonunu azalmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda daha önceden yokken birden reflü bulgularının ortaya çıkmasına çok da sık rastlanmamaktadır (9). Yaşlıda reflüyü düşündüren semptomlar varlığında candidiasis ve uygunsuz ilaç kullanımı akılda tutulmalıdır. Yaşlılardaki önemli karakteristiklerden bir tanesi de özofagial hasar ile semptomların paralel olmamasıdır. Ciddi hücrel hasar varlığında hafif semptomlar görülebilirken tam tersi de olabilmektedir.

Epiflenik (pulsative) özofagial divertiküller de göğüs ağrısına neden olabilirler. Kronik göğüs ağrısının olması önemlidir, özofagus pasaj grafisi ile tanı koyulabilir.

Göğüs ağrısının kardiyak mı nonkardiyak mı olduğu her zaman çok da kolay saptanamaz. Özofagial ağrıyı düşündüren bazı ipuçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Ağrının 1 saatten uzun sürmesi
- Ağrının postprandial olması
- Yayılımın olmaması, lokalize bir ağrı varlığı
- Beraberinde regürjitasyon, disfaji ve yanma gibi bulguların olması
- Antiasit ile rahatlamanın olması

Yaşlı hastada akut ortaya çıkan yan ağrısı beraberinde dispne, hemoptizi, öksürük varlığında pulmoner emboli akla gelmelidir. Yakın zamanda geçirilmiş ortopedik cerrahi, stroke veya diğer nedenlerle immobilizasyon söz konusu ise mutlaka pulmoner emboli ekarte edilmelidir. Pulmoner emboli düşünülmesi halinde EKG yanında kan

gazı analizi yapılması, akciğer grafisi çekilmesi ve lüzum halinde daha ileri tetkikler yapılması gereklidir.

Yaşlıda pnömoniler de göğüs ağrısı ile kendini gösterebilir (10). O nedenle şüphelenilmesi halinde akciğer grafisi çekilmelidir.

Gastrik volvulus nadir görülmekle birlikte yaşlılarda akut ortaya çıkan ve ciddi ağrıya neden olabilen bir durumdur. Tanı için hekimin aklına gelmesi esastır, sıklıkla direkt grafi ile tanı koyulması mümkündür.

Yaşlılarda sık görülen ve ciddi göğüs ağrısı yapabilen dermatolojik lezyon göğüs bölgesindeki dermatomları tutan Herpes zoster'dir. Bu lezyon halk arasında "gece yanığı" olarak adlandırılmaktadır. Göğüs ağrısı sıklıkla Herpes zoster'in tipik lezyonları ile eş zamanlı başlarsa da nadiren lezyonlar henüz çıkmadan da görülebilir. İleri dönemde ise post-herpetik nevralkjiye bağlı da göğüs ağrısı olabilir. Bu nedenle hekim tetkik istemeden önce ağrıyı söyleyen bölgeyi mutlaka değerlendirmelidir.

Nadir olmakla birlikte fibromyalji de göğüs ağrısının nedeni olabilir. Fibromyalji en sık görülen kronik kas iskelet sistemi hastalığıdır ve yaşla birlikte sıklığı artmaktadır. Fibromyaljide göğüs ağrısı görülme sıklığı %8-71 gibi geniş bir aralıktır (11).

Yaşlıda osteoporoz varlığında fragil kemiklerdeki fraktürler göğüs ağrısının nedeni olabilir. O nedenle yaşlı hastalardan anamnez alınırken travma sorgulanmalıdır.

Sonuç olarak, yaşlıda göğüs ağrısı sık görülen semptomlardandır. Ayırıcı tanıda sık görülen sebepler göz önünde bulundurulmalı ve hayati tehlikesi olan patolojiler dışlanmalıdır.

Kaynaklar

1. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2003 Emergency department summary. In: Advance Data from Vital and Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta: GA; 2005;358:1-12.
2. Arronow WS. Prevalence of presenting symptoms of recognized acute myocardial infarction and of unrecognized healed myocardial infarction in elderly patients. Am J Cardiol 1987;60(14):1182.
3. Timiras PS. Cardiovascular alterations with aging: Atherosclerosis and coronary heart disease. In: Timiras PS, (ed). Physiological Basis of Aging and Geriatrics. 4th ed. New York: Informa Healthcare; 2007:249-64.
4. Nienaber CA, Fattori R, Mehta RH, et al. Gender-related differences in acute aortic dissection. Circulation 2004;109(24):3014-21.
5. Katz PO, Dalton CB, Richter JE, Wu WC, Castell DO. Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain or dysphagia. Results of three years' experience with 1161 patients. Ann Intern Med 1987;106(4):593-7.
6. Sengupta JN An overview of esophageal sensory receptors. Am J Med 2000;108(Suppl 4a):87S.
7. Richter JE, Hewson EG, Sinclair JW, Dalton CB. Acid perfusion test and 24-hour esophageal pH monitoring with symptom index. Comparison of tests for esophageal acid sensitivity. Dig Dis Sci 1991;36(5):565-71.
8. Achem SR, Kolts BE, MacMath T, et al. Effects of omeprazole versus placebo in treatment of noncardiac chest pain and gastroesophageal reflux. Dig Dis Sci 1997;42(10):2138-45.
9. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in the older patient: Presentation, treatment, and complications. Am J Gastroenterol 2000;95(2):368-73.
10. Fein AM. Pneumonia in the elderly. Special diagnostic and therapeutic considerations. Med Clin North Am 1994;78(5):1015-33.
11. Almansa C, Wang B, Achem SR. Noncardiac chest pain and fibromyalgia. Med Clin North Am 2010;94(2):275-89.