

# GÖZDEN KAÇAN-MORTAL GÖĞÜS AĞRISI / NEFES DARLIĞI

**Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ**  
**Düzce Üniversitesi**

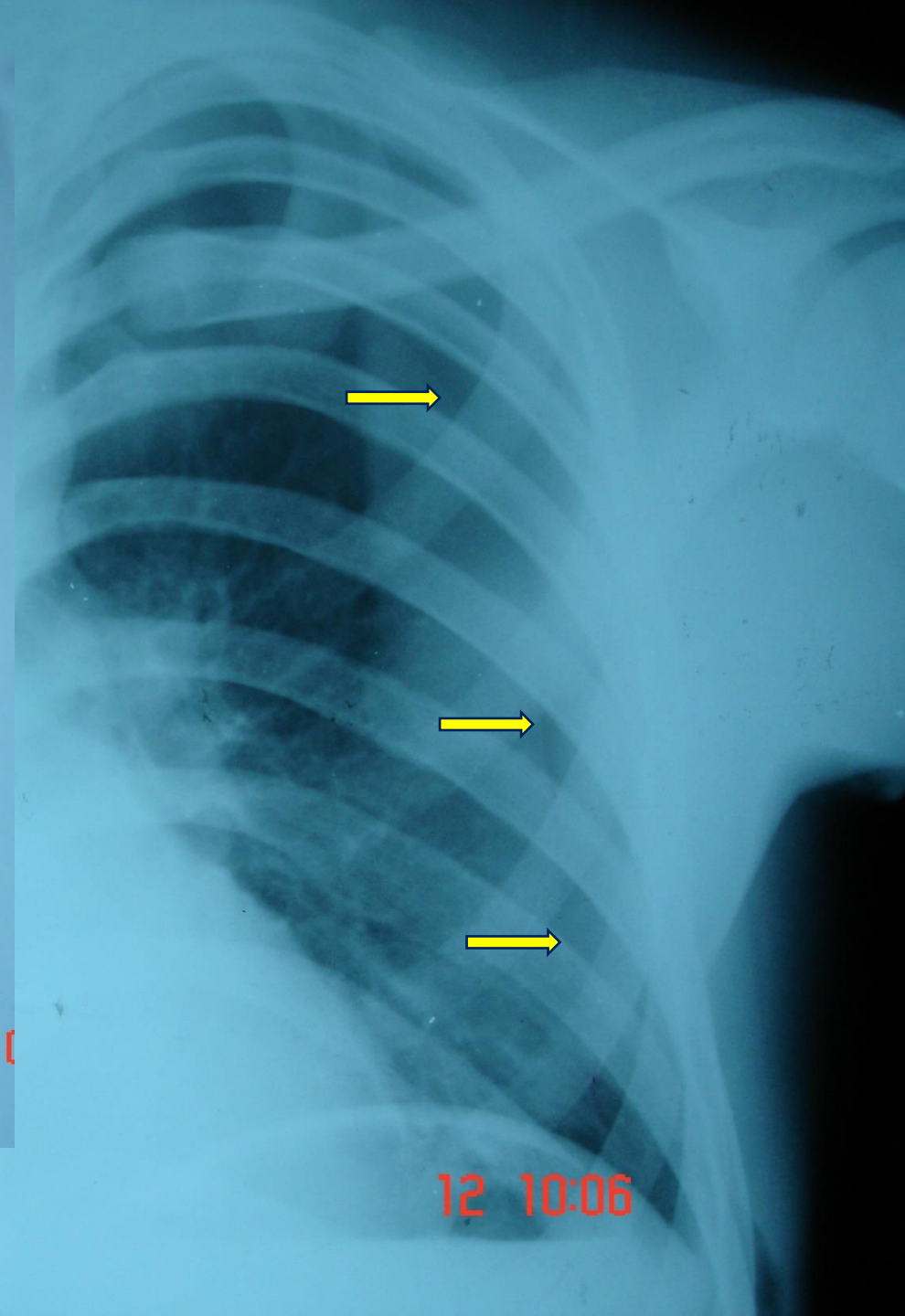
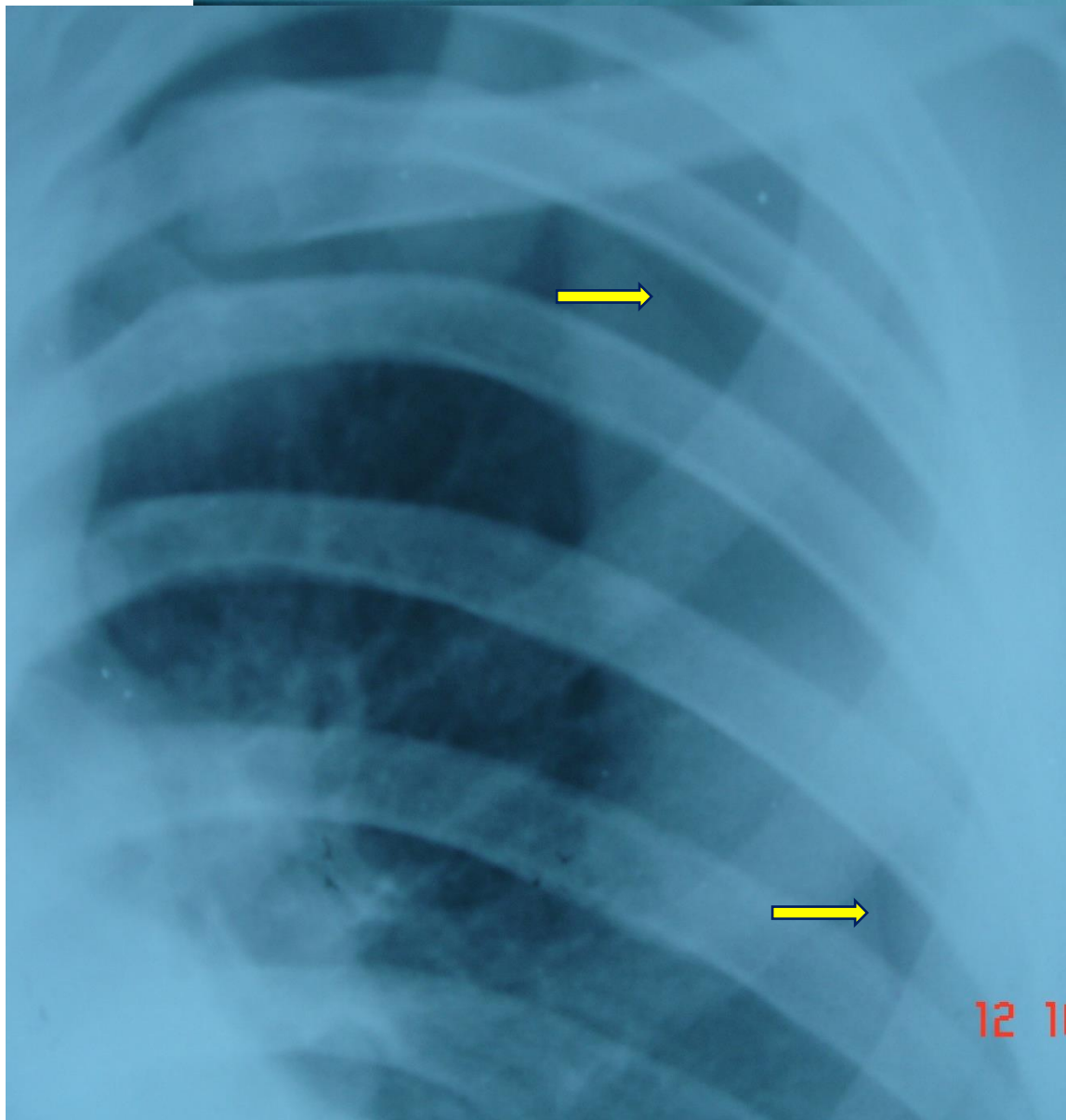
# Plan

- Olgu Sunumu
- Genel Bilgi
- Spesifik Hastalıklar

# Olgu Sunumu

- 27 yaşında E hasta
- GA-ND şikayetleri ile Devlet Hastanesine başvuruyor
- Tahlil/tetkik
- 300 mg aspirin
- Sonuç: Troponin çalışılamadığı için sevk

- Batıcı tarzda GA ve ND mevcut
- Yapılmış tetkikleri kontrol ediliyor
- Lab N
- AC grafisi



- Tanı: Spontan Pnömotoraks
- Troponin ya çalışılsa idi!!!

# Genel Bilgi

- ABD'de her yıl yaklaşık 8 milyon GA'lı hasta AS'lere başvurmakta
- GA ile AS'e başvuran hastaların %30'u kardiyak, %70'i Nonkardiyak
- Hikaye, FM ve laboratuvar bulgularında
  - Kardiyak / Nonkardiyak
- GA / ND'nın hayatı tehdit edici nedenlerine yönelik özellikler elde edilmeye çalışılmalı

- İnspeksiyon
  - Önceki cerrahi insizyonlar
  - Göğüs duvarı deformitesi
  - Solunum ile toraksın simetrik yükselip alçalması
- Palpasyon
  - Hassasiyet
  - Kitle
  - krepatasyon
- Oskültasyon
  - Konsolidasyon
  - Pnx
  - Gallops
  - Murmur
- PA Akciğer grafi

# Akut Koroner Sendrom

- GA ile başvuran hastaların sadece %10'una AKS tanısı konmakta
- Retrosternal veya epigastrik yerleşimli
- Ezici, sıkıştırıcı, baskı karakterinde
- Sağ/sol omuz-kol-el veya çeneye yayılım
- ND, bulantı, terleme eşlik edebilir

- ST Elevasyonlu MI
- Non-ST Elevasyonlu MI
- Unstabil Angina Pektoris

## Atipik Prezantasyon

- K
- Yaşlı
- DM
- Beyaz olmayanlar
- Psikiyatrik bozukluk veya bilinç bozukluğu olanlar

- AKS'de atipik belirtileri olanların **prognozu daha kötü**
- UAP hastalarının yarısından fazlası atipik prezantasyon ile başvurmakta

# Pulmoner Emboli

- Göğsün bir bölümüne veya tamamına yerleşimli GA
- Plöretik, daralma karakterinde
- Yayılım beklenmez
- ND, taşikardi, takipne, hipoksi, hemoptizi eşlik edebilir
- Özellikle **ND** ve **taşikardi** ile başvuran, AC grafisi normal bulunan ve bu durumu başka bir hastalık ile açıklanamayan hastalarda PE'den kuşkulandırılmalı

# Wells (Kanada) PE Klinik Tahmin Skorlaması

| Bulgu                                                 | Puan |
|-------------------------------------------------------|------|
| DVT semptom ve bulguları varlığı                      | 3,0  |
| Alternatif tanı olasılığı düşük                       | 3,0  |
| Taşikardi (>100/dk)                                   | 1,5  |
| Son 4 hafta içinde immobilizasyon veya cerrahi öyküsü | 1,5  |
| Daha önce DVT veya pulmoner emboli öyküsü             | 1,5  |
| Hemoptizi                                             | 1,0  |
| Kanser varlığı                                        | 1,0  |

<2,0 puan: Düşük klinik olasılık  
2,0- 6,0 puan: Orta klinik olasılık  
>6,0 puan: Yüksek klinik olasılık

≤4 puan: PTE olası değil  
>4 puan: PTE olası

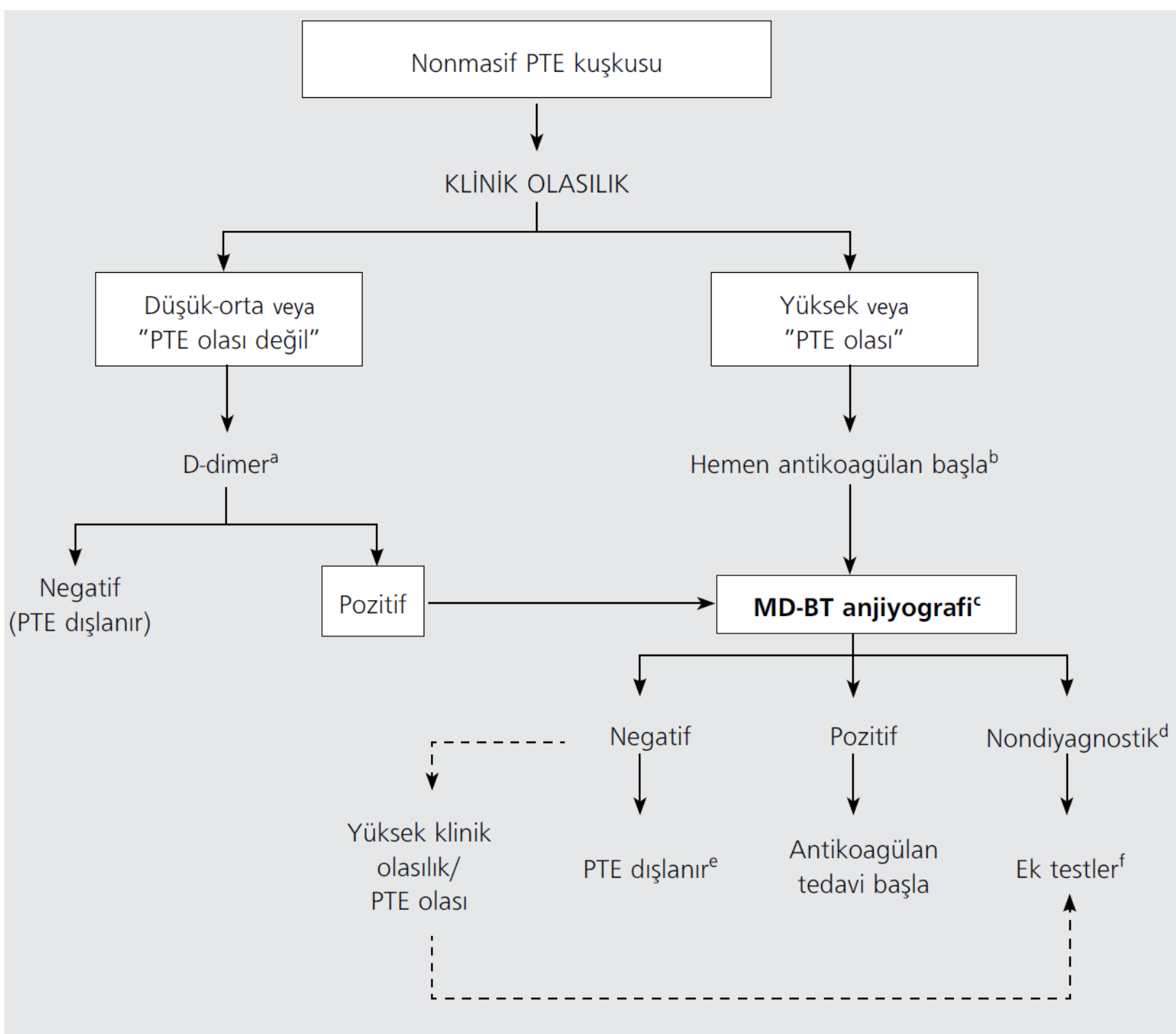
# Modifiye Geneva (Cenevre) Skoruması

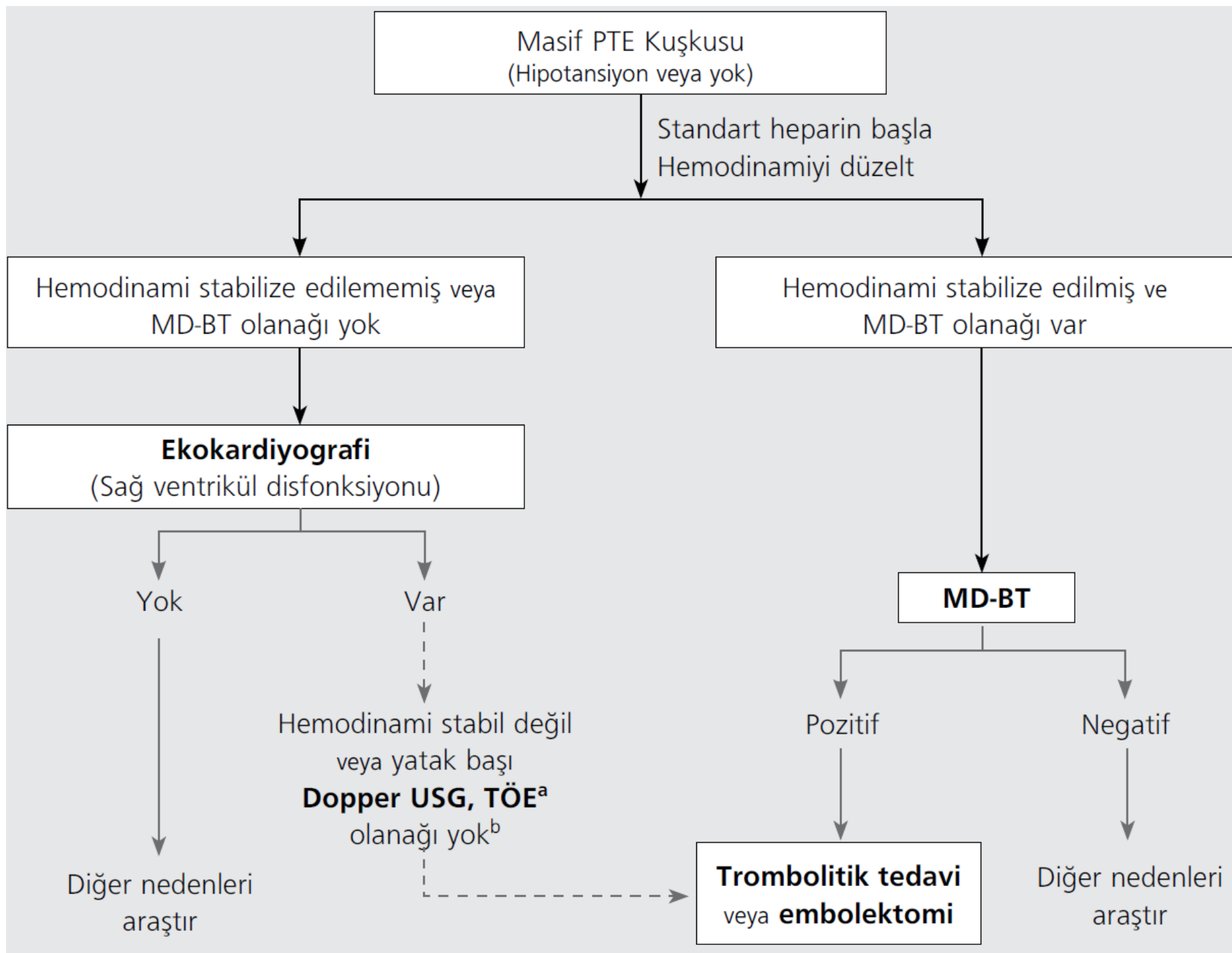
| Bulgu                                                            | Puan |
|------------------------------------------------------------------|------|
| >65 yaş                                                          | 1    |
| Daha önce DVT veya PTE öyküsü                                    | 3    |
| Bir hafta içinde cerrahi veya ekstremitte fraktürü öyküsü        | 2    |
| Aktif kanser varlığı                                             | 2    |
| Tek taraflı alt ekstremitede ağrı                                | 3    |
| Hemoptizi                                                        | 2    |
| Kalp hızı: 75-94/dakika                                          | 3    |
| Kalp hızı: >95/dakika                                            | 5    |
| Bacağın palpasyonu ile ağrı veya tek taraflı bacakta ödem-şişlik | 4    |

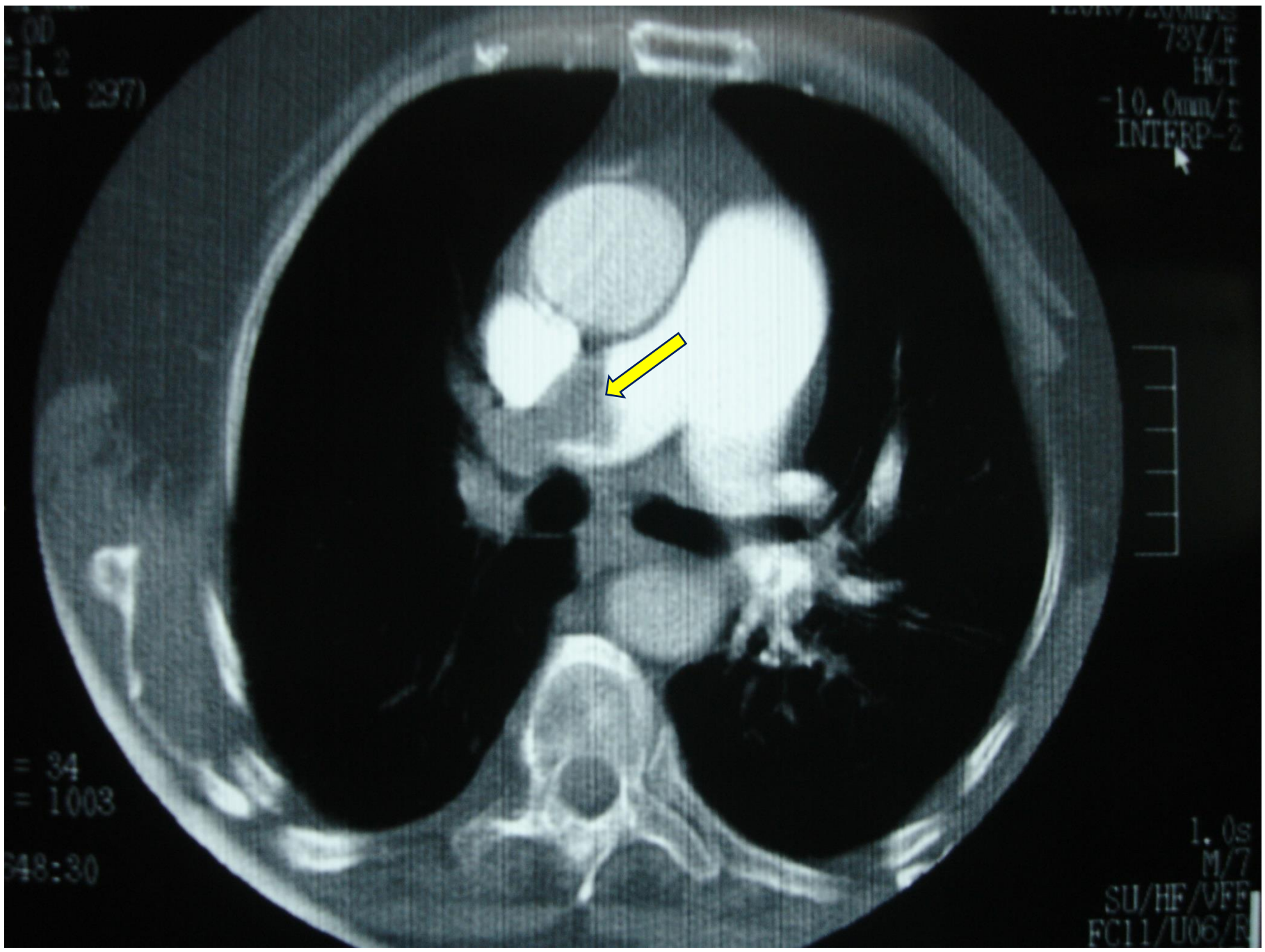
0-3 puan: Düşük olasılık  
4-10 puan: Orta olasılık  
≥11 puan: Yüksek olasılık

0-5 puan: PTE olası değil  
>6 puan: PTE olası

- Modifiye Geneva skorlaması sadece ayakta gelen hastalarda geçerliliği kanıtlanmıştır
- Yatan hastalarda Wells skorlamasını kullan







1.00  
=1.2  
210, 297)

73Y/F  
HCT  
-10.0mm/r  
INTERP-2

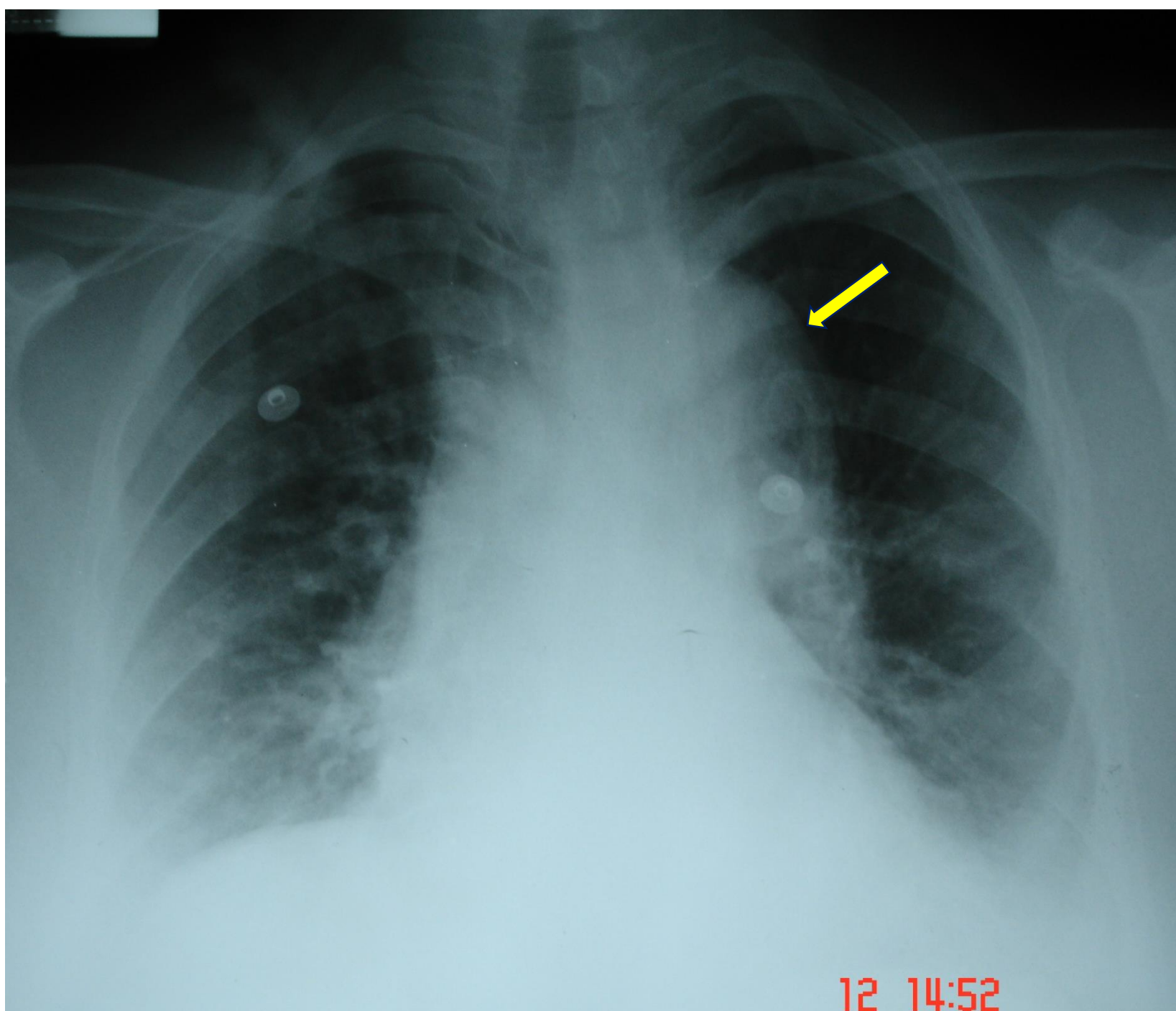
= 34  
= 1003  
648:30

1.0s  
M/7  
SU/HF/VFF  
FC11/U06/R

# Aort Diseksiyonu

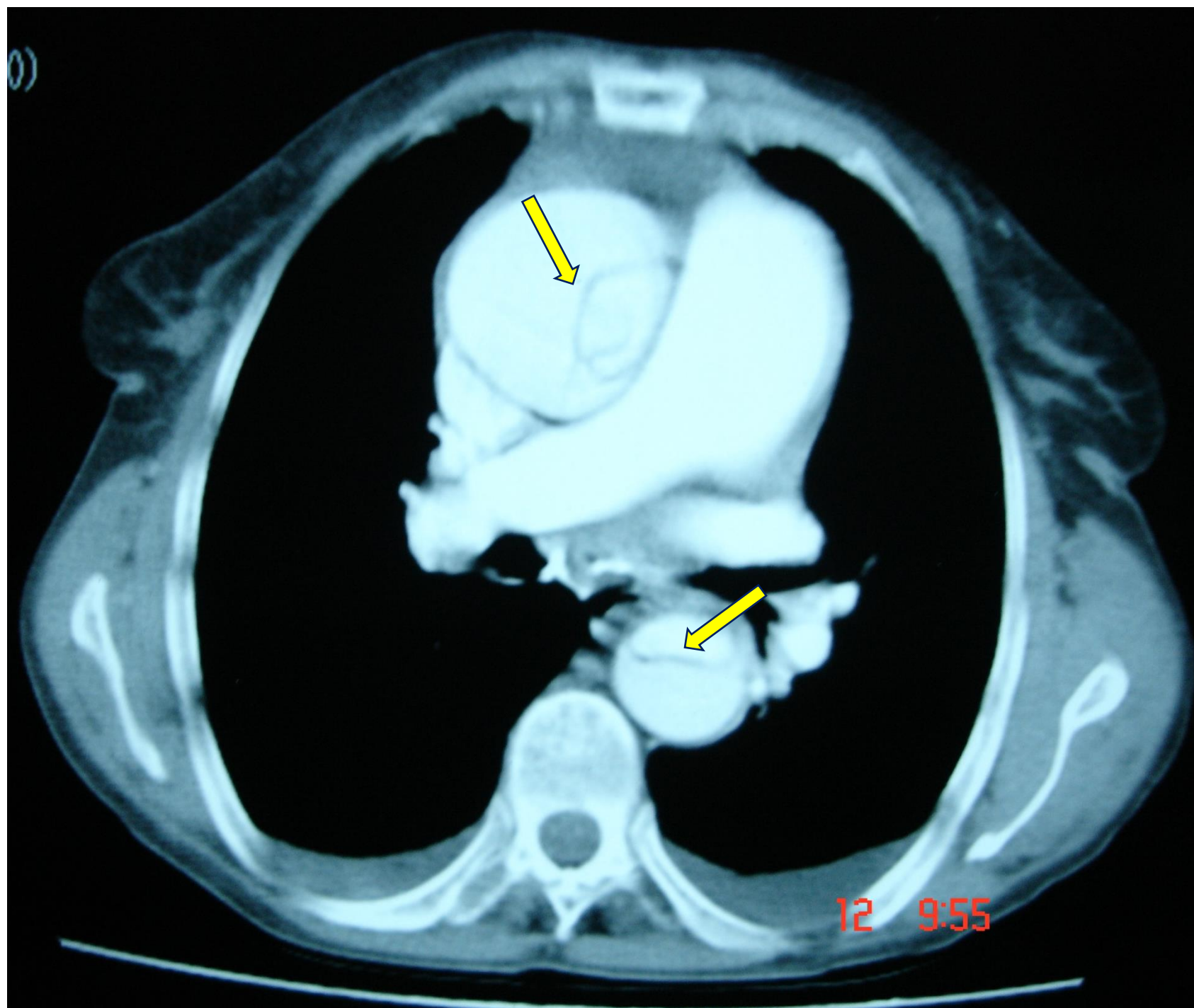
- Orta hatta substernal yerleşimli GA
- Keskin, Yırtıcı karakterde
- Sırtta skapulalar arasına yayılım
- Arterial dallarda tıkanıklığa sekonder semptom ve bulgular eşlik edebilir (strok, AMI, ekstremitelerde iskemi gibi)
- Hastaların %90'ı ağrıyı **çok şiddetli** olduğunu veya o güne kadar **yaşadıklarının en kötüsü** şeklinde tariflemekte

- Radyografik olarak en sık bulgu
  - Mediastende genişleme
  - Anormal aort konturu



12 14:52

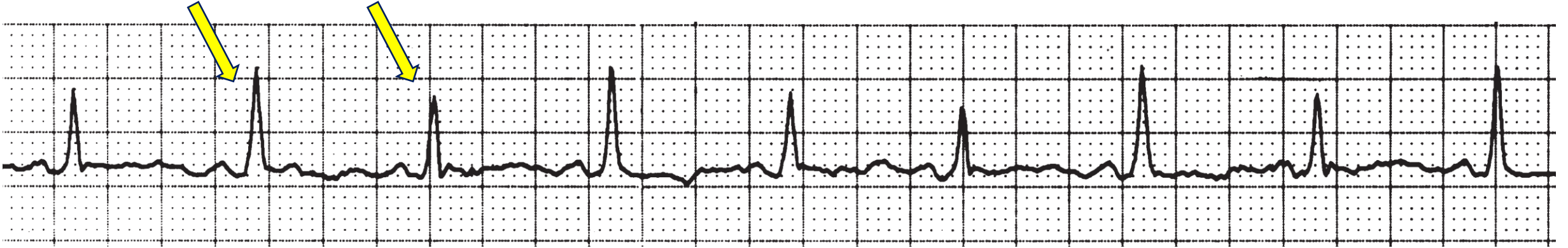
- Tanıda tercih edilecek görüntüleme yöntemi **BT**



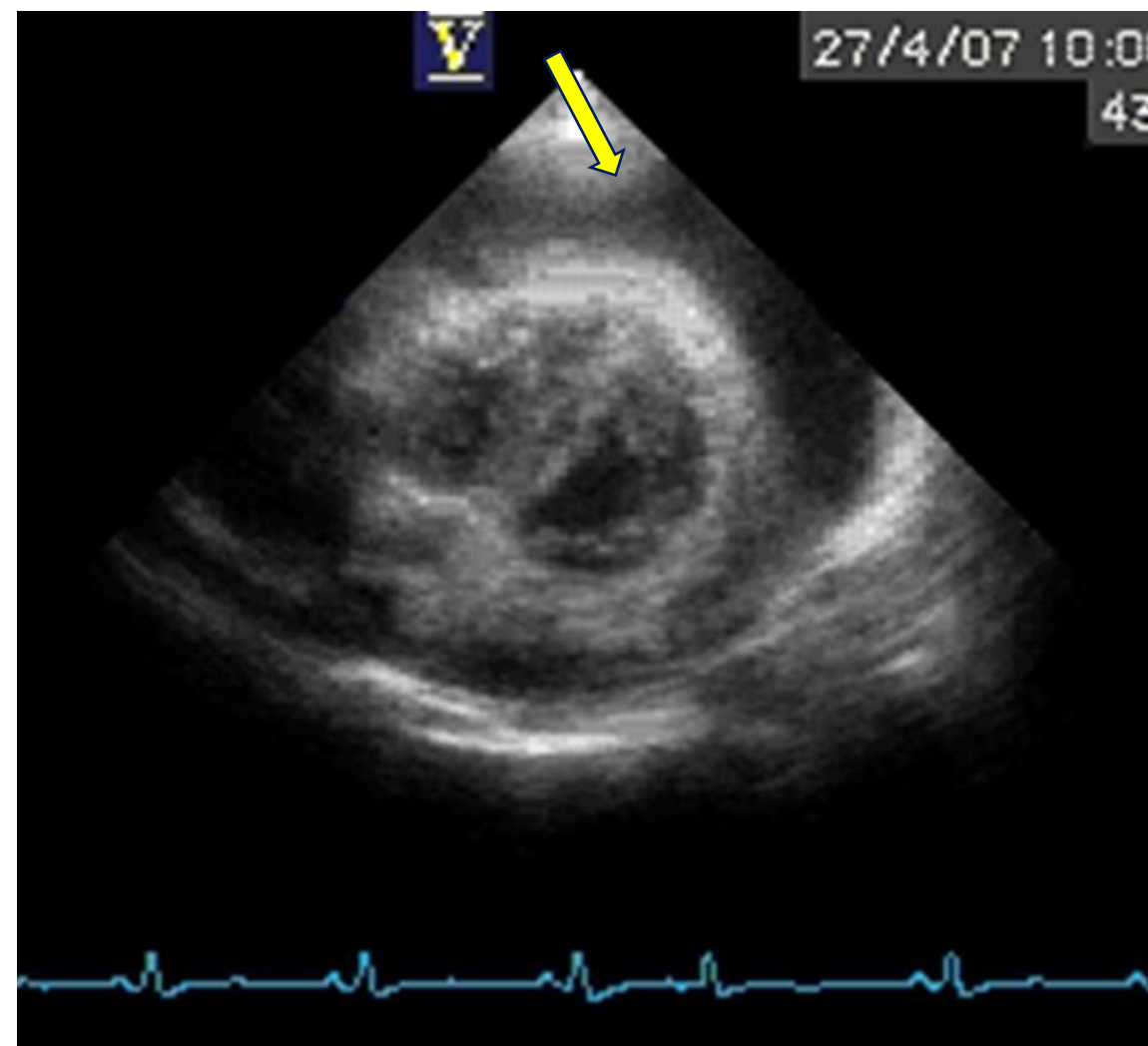
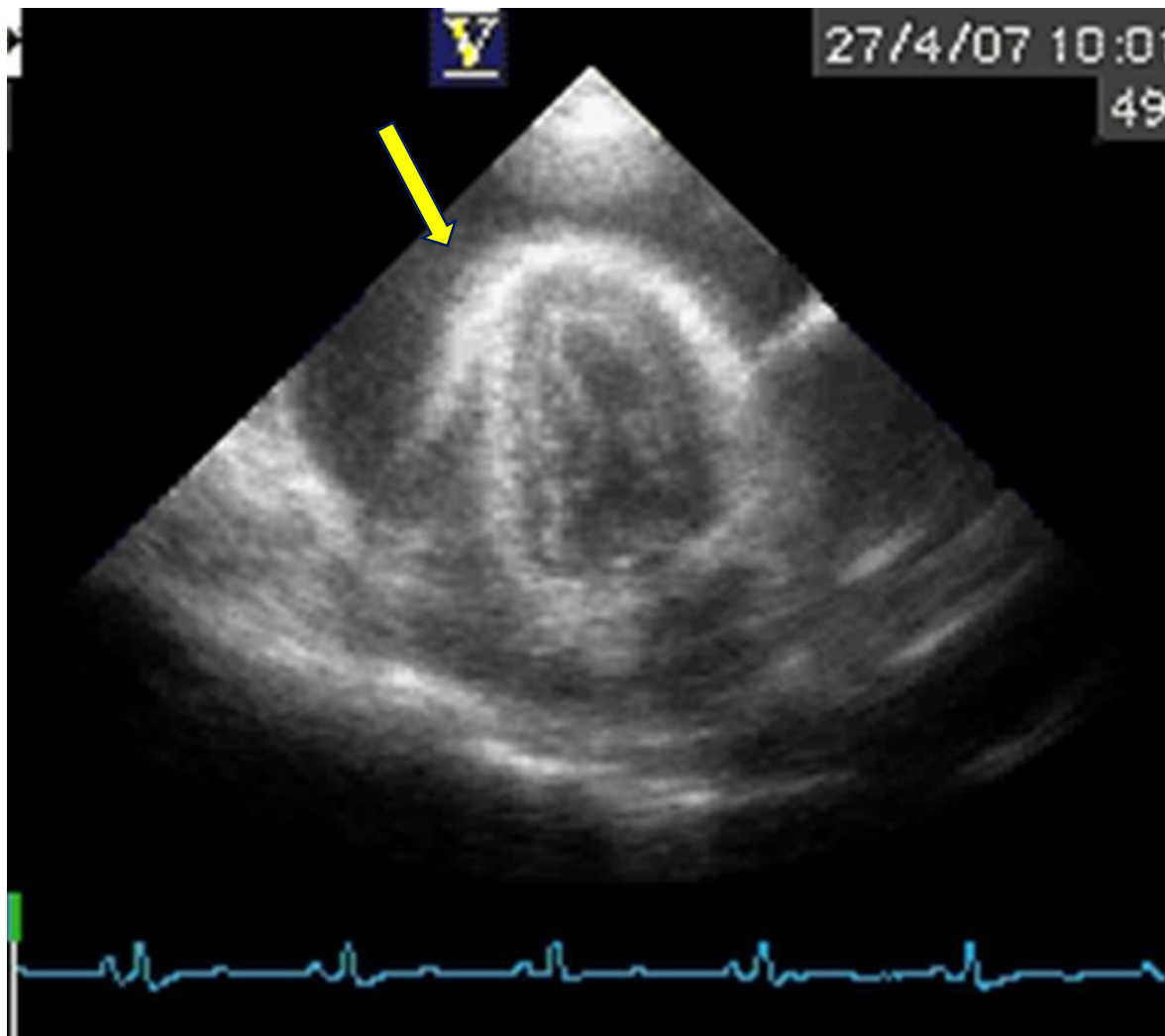
# Perikardiyal Tamponat

- Perikardiyal sıvının basınç altında birikimi ile karakterize
- İstirahatta ve efor esnasında ND
- Taşikardi, düşük sistolik KB-daralmış nabız basıncı eşlik edebilir
- AC grafisinde kardiyak silüette genişleme (perikardiyal sıvı miktarına bağlı)
- EKG'de düşük voltaj QRS kompleksleri

- **Elektriksel alternans** (solunum siklusundan bağımsız olarak P ve R dalgalarının amplitüdlerinde atımdan atıma değişiklik göstermesi)



- Beck triadı:
  - Hipotansiyon
  - Azalmış kalp sesleri
  - JVD
- Seçilecek tanısal test: **Ekokardiyografi**
- Subkostal 4 boşluk görünütüsü perikardiyal efüzyonu göstermede ve perikardiyal tamponat tanısını koymada yardımcıdır

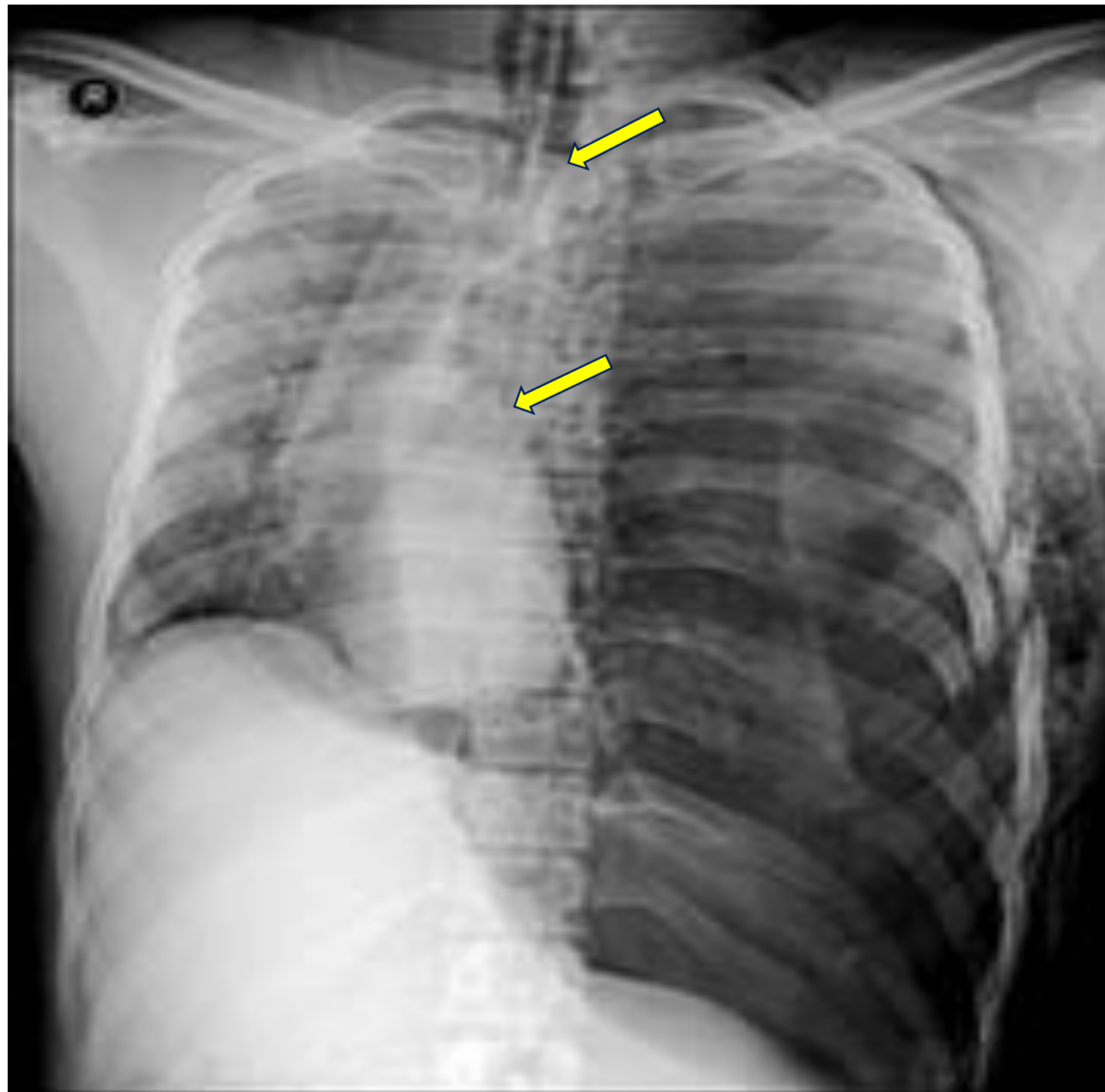


# Tansiyon Pnömotoraks

- Göğsün bir tarafında lokalize GA
- Ani, keskin, delici, plöretik karakterde
- Omuza, sırtta yayılım
- ND eşlik eder

## Teşhis klinik ile konur

- JVD
- Etkilenmiş tarafta solunum seslerinin azalmış olması veya alınamaması
- Perküsyonda hiperrezonans alınması
- Trakeanın karşı tarafa deviasyonu



- Teşhis için tüm bulguların olması gerekmez
- İleri düzeyde solunum ve dolaşım yetersizliği mevcut ise pnömotoraks radyolojik olarak onaylanmadan tedaviye başlanmalı

# Aort Stenozu

- Klasik üçlü:
  - Dispne
  - Göğüs ağrısı
  - Bayılma
- Semptomlar tipik olarak geç dönemlere dek görülmeyebilir
- Egzersiz tetikleyebilir
- Semptomlar görüldüğünde **ani ölüm** için önemli bir risk olup ortalama sağ kalım 2 - 3 yıl

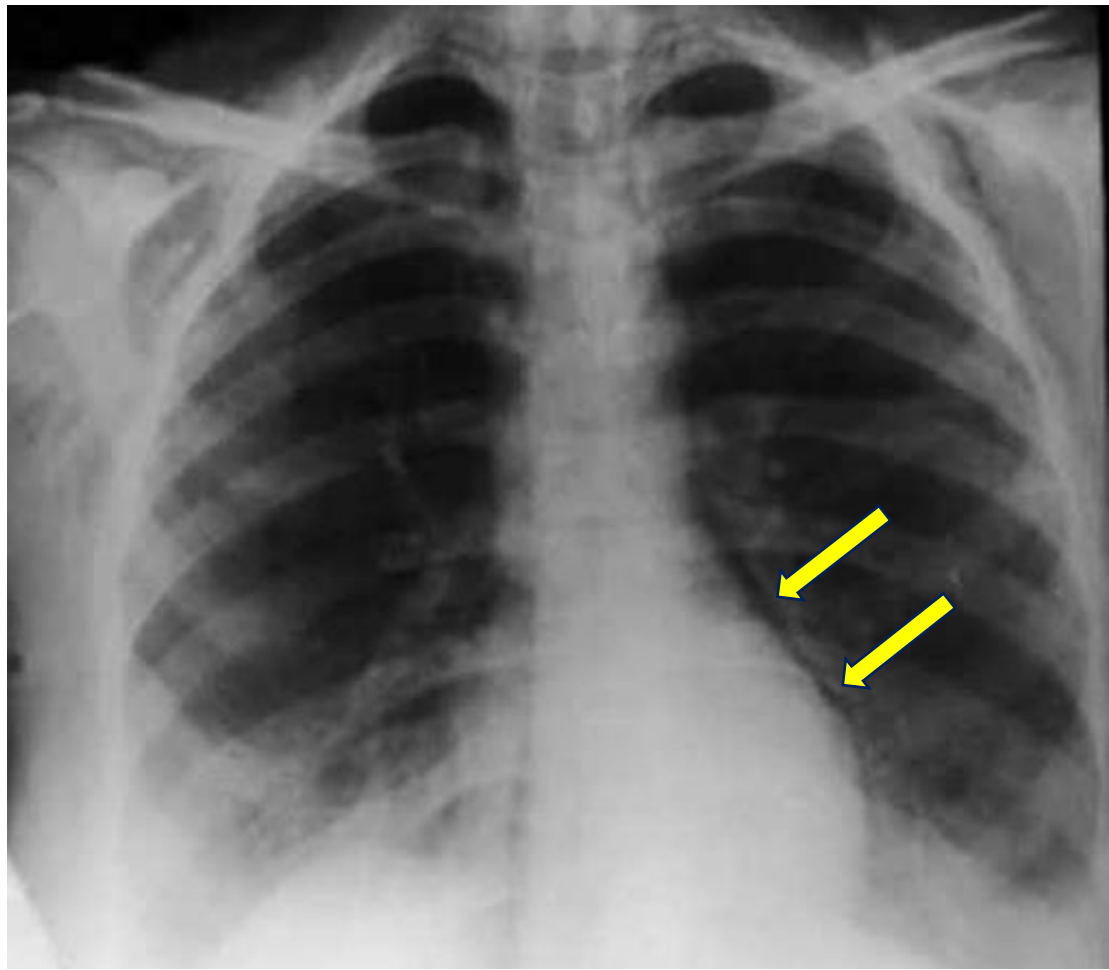
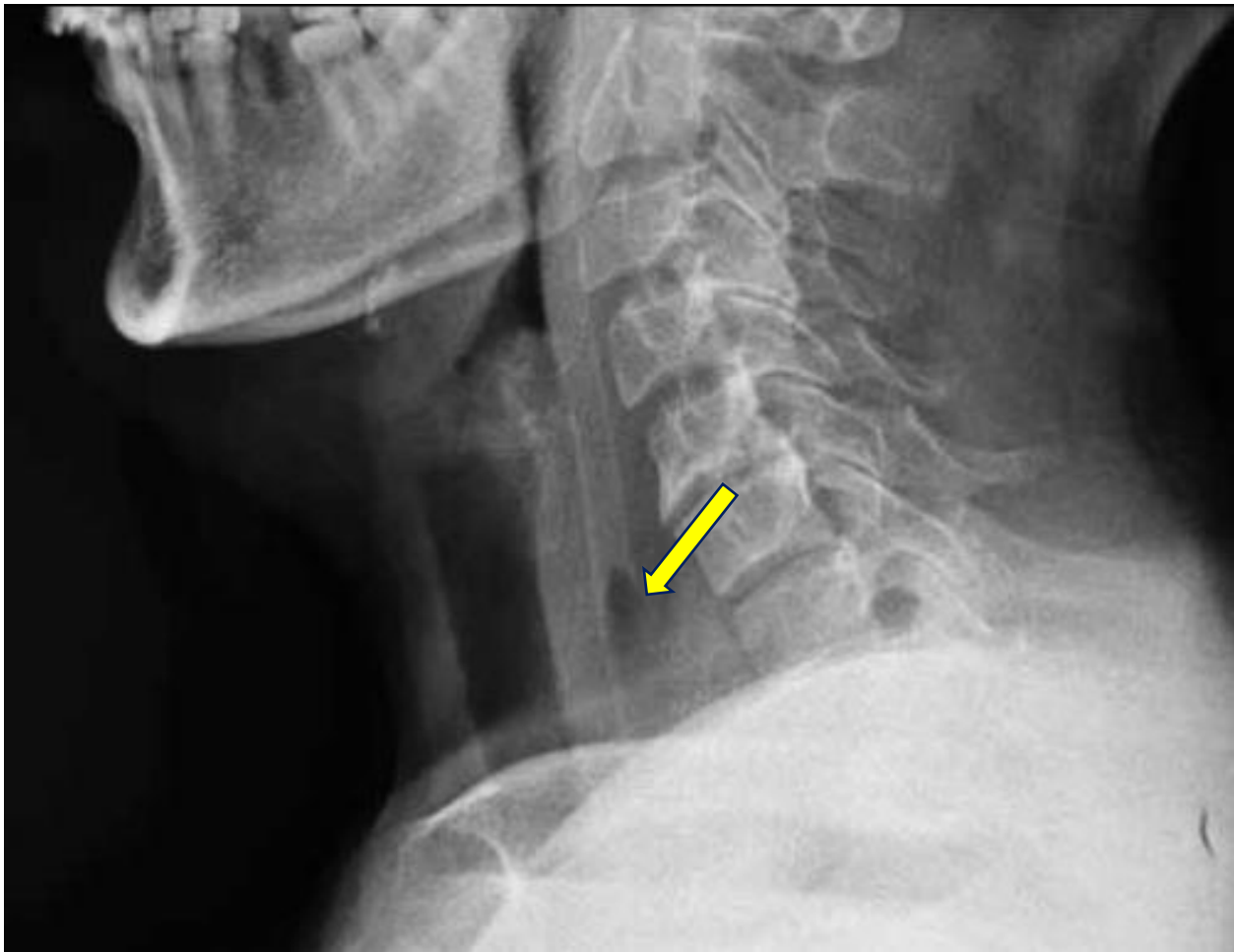
- Egzersizde bayılma veya sistolik üfürüm
- Brakial ve radial nabızlar arasında gecikme (brakioradial gecikme)
- Hipotansiyonun eşlik ettiği daralmış nabız basıncı
- Tanıyı netleştirmek ve şiddetini belirlemek için ekokardiyografi önerilir

# Spontan Özofagus Rüptürü (Boerhaave sendromu)

- İntraözofajial basınçta ani bir artış sonrası özofagusun tam kat perforasyonu
- Substernal yerleşimli GA
- Şiddetli kusma sonrası ani, keskin karakterde
- Sırta yayılım
- ND, terleme eşlik edebilir

- %20-30 mortal
- Vakaların yaklaşık dörtte üçünde zorla kusma ile görülür;
  - Öksürme
  - İkinma
  - Nöbet
  - Doğum
- Alkol tüketimi genellikle birincil etken olarak bilinmekte

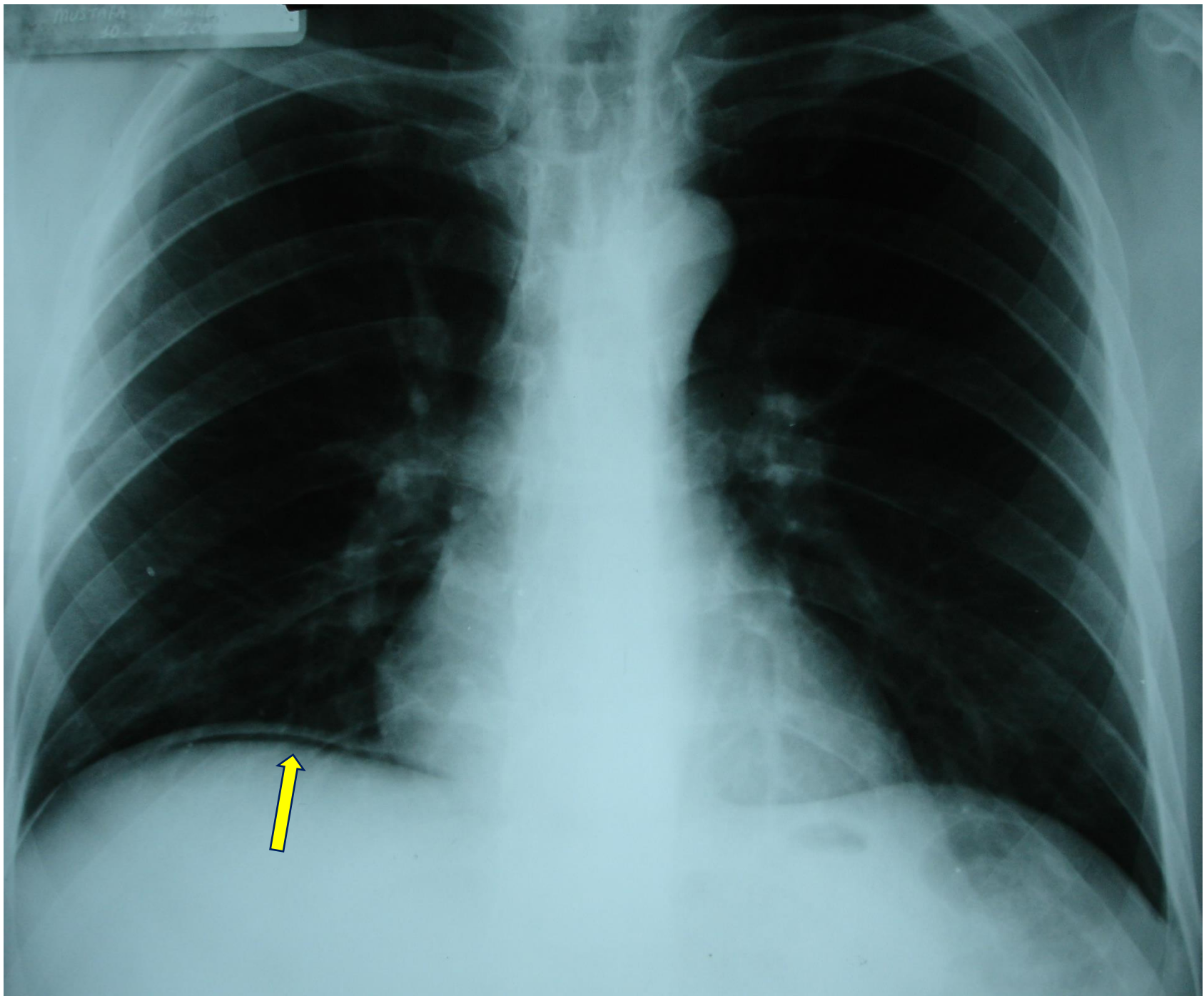
- Kusma sonrası şiddetli GA, ND, hematemez
- En yararlı tetkik yan servikal grafi- PA AC grafi
  - Pnömomediastinum
  - Ciltaltı amfizemi
  - Pnömotoraks
  - Hidrotoraks
  - Mediastinal genişleme



- Oral kontrast madde verilerek BT çekilir
- Rüptürün en kesin tanısı **endoskopik** olarak görülmesidir

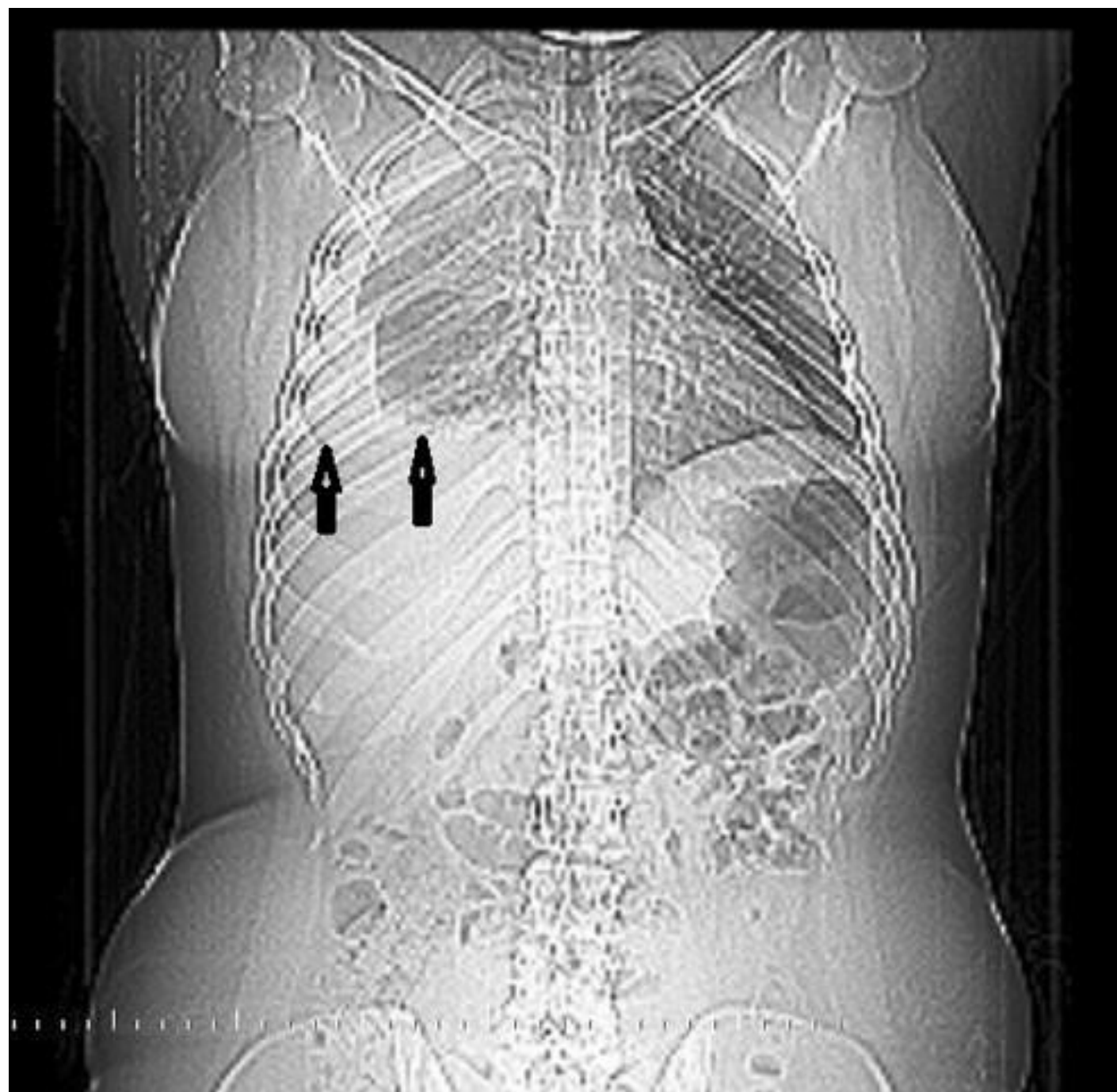
# Peptik Ülser Perforasyonu

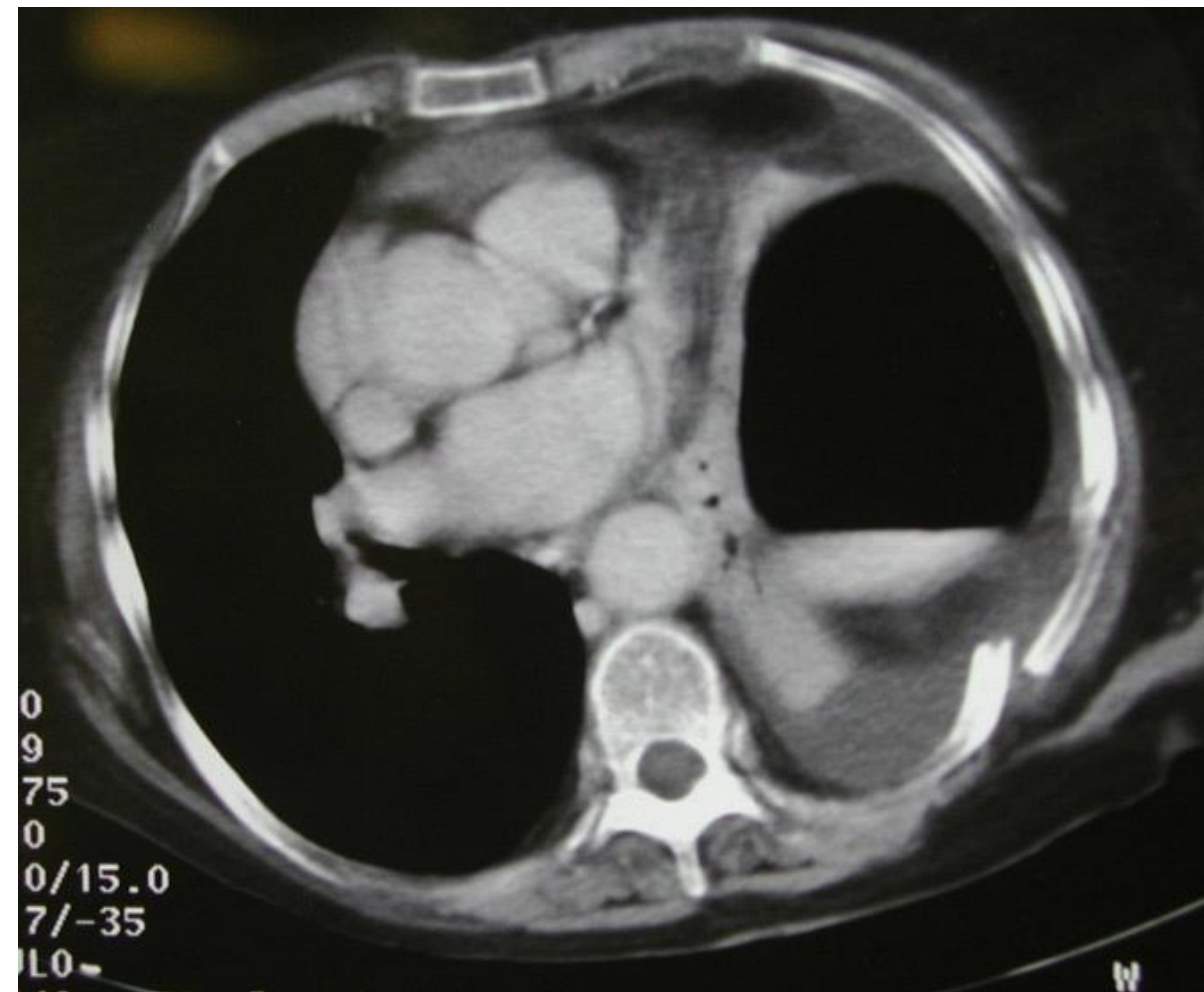
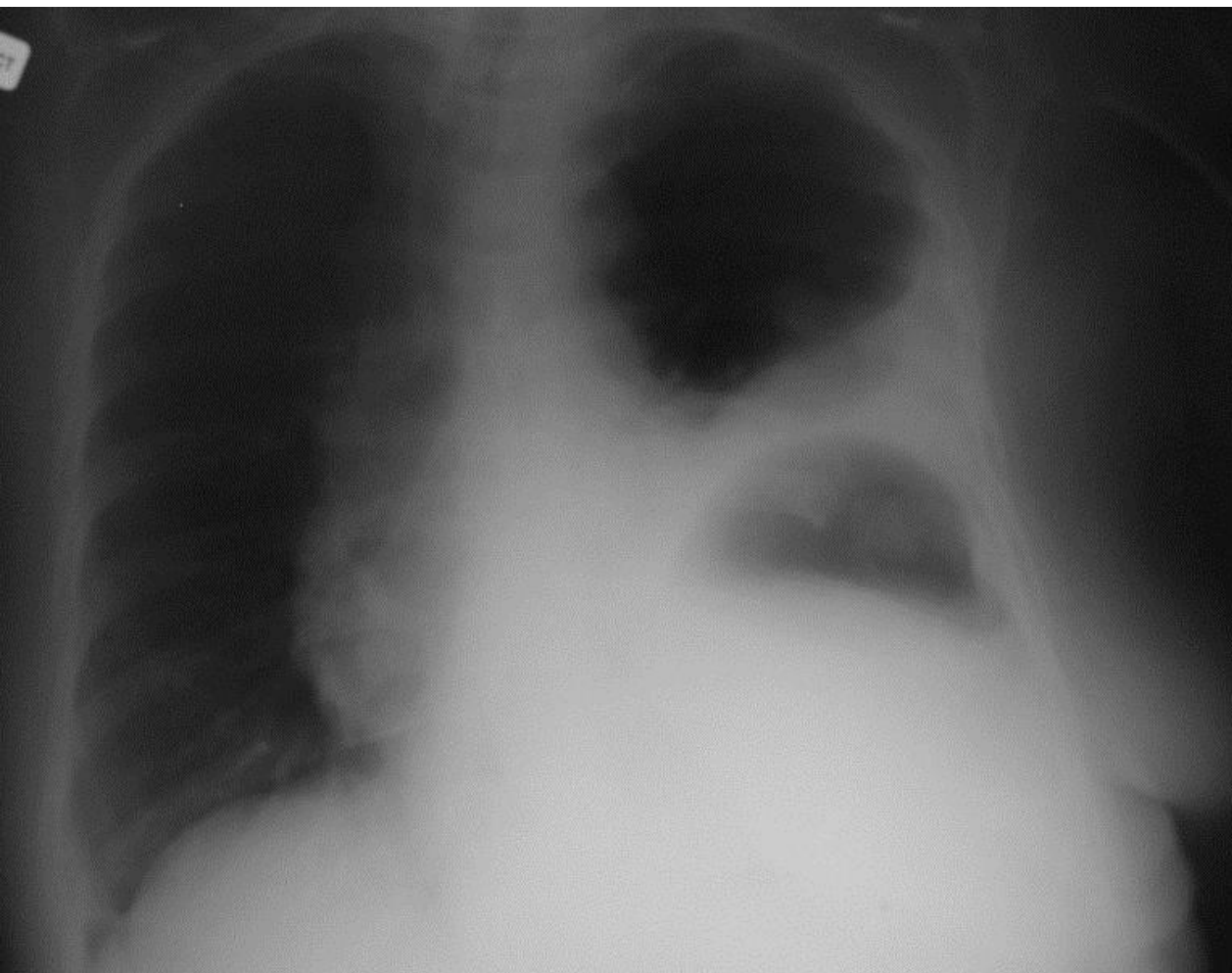
- Epigastrik lokalizasyonda
- Şiddetli, keskin karakterde
- Sırta, göğse yayılım
- Sıkıntı, terleme eşlik edebilir



# Diyafragma Rüptürü

- Genellikle künt veya penetran travma sonrası gelişmekte
- Sol hemidiyafragmada daha sık izlenmekte
- Spontan diyafragma rüptürleri
  - Doğum
  - Öksürük
  - Egzersiz
  - Şiddetli kusma
  - Defekasyon sonrası
- Altın standart radyolojik bir tetkik yoktur





# SON SÖZ

Göğüs ağrısı ve Nefes darlığı ile acil servise başvuran hastalar değerlendirilirken gözden kaçma ihtimali olan ve mortal seyreden sebepler mutlaka ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalı