

# **Çocuk ve Adölesanlarda Göğüs ağrısı**

**Prof.Dr. Kemal Baysal**

**Ondokuzmayıs Tıp fakültesi**

**Çocuk Kardiyolojisi bilim dalı**



# Göğüs ağrısı

**Çocuk ve adölesanlarda yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan kısa veya uzun süreli tek bir kez olarak görülebildiği gibi tekrarlar halinde ortaya çıkan tüm göğüs kafesini veya bir kısmını ilgilendiren batıcı veya künt şekilde seyreden bir ağrı türüdür.**

# **Göğüs Ağrısı nedenleri**

## **A.Kardiyak nedenler**

## **B.Nonkardiyak nedenler**

**1.İdiopatik göğüs ağrıları**

**2.Pulmoner nedenler**

**3.Kas iskelet hastalıkları**

**4.Psikojenik nedenler**

**5.İnfeksiyonlar**

**6.Diğer nedenler**



СЕРДЦЕ ВАНОВАЕННЫХ  
HEART OF LOVERS

СЕРДЦЕ ВАНОВАЕННЫХ  
HEART OF LOVERS

# Kardiyak nedenler

**% 1-6 oranında görülür.**

- **ALCAPA veya ARCAPA**
- **Koroner fistüller**
- **Kawasaki hastalığı**
- **Koroner vasospasm ve/veya kompresyon**
- **Supraventriküler Taşikardi**
- **Ventriküler taşikardi**
- **Perikardit**
- **Miyokardit**
- **Hipertrofik Kardiyomiyopati**
- **Aort kapak darlığı**
- **Pulmoner kapak darlığı**
- **Aortik disseksiyon**



# Olgu sunumu

Dört yaşında erkek çocuğu 2 günden beri başlayan göğüs ağrısı nedeniyle getirildi. Öyküsünden 3 günden beri antibiotik ve antipiretik tedavisine rağmen ateşinin düşmediği ve dünden beri göğsünün sol tarafının çok ağrıdığını ifade etmektedir. Ağrı sırta ,omuza ,boyuna,kollara ve boyuna yayılım göstermiyormuş. Göğüs ağrısının ertesi günü vucunda kırmızılıklar çıktığını dilinin kızarıklığı nedeniyle yemek yiyemediği annesi tarafından ifade edildi.

Fizik incelemesinde: Ateş: 39 C Nabız: 121 /dk TA: 90/60 mmHg genel durumu orta,vucutta maculopapiller döküntü,çilek dili görünümü ve mukozada aftöz lezyonlar,konjunktival hiperemi,servikal lenfadenopati ve ayak sırtı ödemli görünümde.Dinlemekle apekte koltuk altına tam yayılım göstermeyen II/IV pansistolik üfürüm var.Diğer sistem muayenelerinde patoloji tesbit edilemedi. Laboratuvar bulguları: EKG:sinüs taşikardisi TELE: normal CBC:lökositoz ve PNL'de ve trombositlerde artış tesbit edildi.ASO 'da submaksimal artış,ESR ve CRP artış. Ekokardiyografide I.derecede MY ve perikardda 7 mm'lik mayi tesbit edildi. Hasta yatırılarak antiinflamatuvar olarak 80 mg/kg ASA başlandı ve ekokardiyografik takibe alındı.Yatırıldıktan sonra ateşi hiç düşmeyen hastanın yatırıldığının ertesi günü tekrarlanan Ekokardiyografisinde Koroner arterlerde genişleme tesbit edildi.



# Tanınız nedir?

- a. ARA (Kardit)
- b. Perikardit
- c. Miyokardit
- d. Kawasaki hastalığı
- e. İnfektif endokardit

**Cevap :Kawasaki hastalığı (d)**

# Pulmoner nedenler

**% 10-15 oranında görülür**

- Astım Bronşiale ve /veya reaktif solunum yolu obstrüksiyonları
- Pneumonia
- Pneumotorax
- Pneumomediastinum
- Pulmoner emboli
- Kronik Öksürük
- Plevral effüzyon

# Gastrointestinal nedenler

**% 4-7 oranında görülür**

Gastroözafagial reflü

Özofagit

Gastrit

Besoarlar

Ülser

Diafragma hernisi

# Kas –İskelet hastalıkları

**%15-30 oranında görülür.**

Göğüs travması

Kosta kırıkları

İnterkostal kas spasmları

Kostokondritler

Precordial catch sendromu

Slipping rib sendromu (kayan kosta sendromu)

Hipersensitif ksifoid sendromu

Tietze sendromu

Cilt lezyonları

Kas lezyonları

Torasik tümör ve kitleler

Meme hassasiyet ve hastalıkları

# Kayan kosta sendromu

Kayan kosta sendromu (KKS) göğüs ve karın ağrısının az bilinen bir nedenidir. Bu sendrom 8. 9.ve 10. kostaların medial fibröz yapışma yerlerinin yetersizliği veya rüptür olduğunda bu kostaların kıkırdak uçlarının yukarıya kayması ve interkostal sinirin sıkışması ile oluşur.

# Tietze sendromu

Kaburgaların birleşme yerinde, şişme ile birlikte ya da şişme olmadan oluşan hassasiyet ana belirtidir, ancak, herhangi bir kalp ya da akciğer hastalığı olmadığından emin olunmalıdır.

# Hipersensitif ksifoid sendromu

Substernal veya epigastrik ağrıya neden olur. Aynı bölgede abdominal kasların ksifoide yapıştığı yerde uzun koşular sonunda ağrı olabilmektedir. Tedaviye gerek yoktur.



# Olgu sunumu

Oniki yaşında kız çocuğunun aniden başlayan sternumun solunda meme bölgesinde ve alt sternal bölgede keskin batıcı tarzda kısa süren kendiliğinden kaybolan gün içinde tekrarlayan istirahat halinde veya efor esnasında ortaya çıkan soluk almayı yavaşlatan göğüs ağrısı var.

Öyküsünden bu ağrılarının son 2 aydan beri olduğu hiç ateşinin olmadığı travma geçirmediği ifade edildi.

Fizik incelemesinde vital bulgularının stabil olduğu ve sistem muayenelerinde herhangi bir patoloji olmadığı tesbit edildi.

Laboratuvar bulguları: CBC, idrar analizi, ESR, CRP , EKG, TELE kan, idrar, boğaz kültürleri , viral paneli , serolojik, efor testi ve Ekokardiyografik çalışmasında patoloji tesbit edilemedi.

# Tanınız nedir?

- a. Kayan kosta sendromu (Slipping rib syndrome)
- b. Hipersensitif ksifoid sendromu
- c. Tietze sendromu
- d. Precordial catch sendromu
- e. İdiopatik göğüs ağrısı



**Cevap : Prekordial Catch sendromu(d)**

# Psikojenik nedenler

**%10-20 oranında görülür**

Anksiete

Depresyon

Hiperventilasyon

Konversiyon

Somatizasyon

Panik atak

# Olgu sunumu

Onaltı yaşında kız çocuğu 1 haftadan beri eforla ilişkisi olmayan aniden başlayan şiddetli sırta,sol kola ve omuza vuran 20-30 dakika kadar süren sol göğüs ağrısı oluyor.Ağrıyla birlikte bulantı ,kusma ve karın ağrısı tanımlamıyor.Hasta bu yakınmalarla 3-4 kez acil servislere başvurmuş. Kardiyak enzimler dahil hiçbir patoloji tesbit edilememiş.Hikayesinden 6 ay önce ADO cihazı ile ASD'sinin kapatıldığı öğrenildi.Halasıyla oturuyor.Anne ve baba ayrı,babası gemi 2.kaptanı.

Fizik incelemesinde belirgin bir patoloji tesbit edilemedi.

Laboratuvar bulguları:CBC,CRP ,kardiyak enzimler,ESR,TELE,EKG,Viral Panel,Kan ve boğaz kültürleri,GİS incelemeleri,USG tetkikler,efor testi ve 3D ÇKBT'de belirgin patoloji tesbit edilemedi.

Ekokardiyografide atriyal septuma konan cihazın aort kökü,SVC, IVC,Koroner sinus,pulmoner venler ve kapaklara bası ve imigrasyonu ve perikardiyal mayı yok.

# Tanınız nedir

- a.İdiopatik göğüs ağrısı
- b.Tietze sendromu
- c.GÖR
- d.Konversiyon reaksiyonu
- e.Koroner bası sendromu



Cevap : Konversiyon reaksiyonu (d)

# İnfeksiyonlar

Herpes Zoster

Coxsackie virüs İnfeksiyonları



# İdiopatik göğüs ağrısı

**% 21- 45 oranında görülür**

Sıklıkla 12-16 yaş arasındaki adölesanda ortaya çıkan tekrarlayıcı ve batıcı tarzda kısa veya uzun süren göğüs ağrısıdır

# Olgu sunumu

Onbeş yaşında erkek çocuğu basket oynarken şiddetli göğüs ağrısı ve presenkop nedeniyle kliniğimize başvurdu.Öyküsünden yakınmalarının 2 yıl önce başladığını,ağrısının eforlu veya eforsuz dönemlerde olabildiğini,ağrının bazan sırtına ve sol koluna vurduğunu,bu esnada çarpıntısı ve soğuk terlemesinin olduğu ve sık soluduğunu ifade etmektedir.Şuur kaybı ve presenkobu düşündürecek öyküsü yok.

Fizik incelemesinde belirgin patoloji tesbit edilemedi.Gelişimi normal

Laboratuvar bulguları:CBC,Periferik yayma,ESR,ASO,Kardiyak enzimler,EKG,TELE veEkokardiyografi de patoloji tesbit edilemedi.

Hasta gözlem için yatırıldı.6.,12, ve 24.saatte Kardiyak enzimler alındı normal bulundu.Daha sonra yapılan efor testinde 9.dakikada göğüs ağrısı olduğunu ifade eden hastanın EKG'sinde ve takibinde kardiyak enzimlerde bir patoloji olmamasına rağmen 3D ÇKBT yaptırıldı koroner patoloji bulunamadı.

Hasta eve gönderildi.6 ay sonra aynı yakınmalarla acile başvurdu. Hastaya tetkiklerden sonra direk koroner anjiyografi yapıldı normal bulundu.Psikolojik değerlendirmesi normal bulundu.Yapılan takiplerde bir daha göğüs ağrısı olmadı.

# Tanınız nedir?

- a. Anksiyete
- b. Panik Atak
- c. İdiopatik göğüs ağrısı
- d. Ventriküler taşikardi
- e. Miyokardit

**Cevap : İdiopatik göğüs ağrısı (c)**

# **Göğüs ağrısının diğer nedenleri**

**Kokain kullanımı**

**Sickle cell anemi**

**İdiopatik Juvenil artropati**

# Tanı Yöntemleri

Ayrıntılı ve iyi bir öykü

Ayrıntılı olarak sistemlerin gözden geçirilmesi ve iyi bir fizik inceleme

Telekardiyogram

Elektrokardiyogram

Ekokardiyografik çalışma yeterli olmasına rağmen ailede ani ölüm ve koroner arter hastalığı varsa:

Trigliserit, T.Kolesterol, HDL-C, LDL-C, AKŞ

Efor testi ( pozitif ise koroner anjiyografi)

Ritim takibi (24 saatlik Holter)

Kardiyak patoloji yoksa

CBC, Periferik Yayma, CRP, ASO, ESR

Viral panel, Kültürler, kollagen doku tetkikleri

# Tedavi

Hasta ve ailesi özellikle psikolojik olarak rahatlatılmalı,  
Hastalık ve seyri hakkında gerekli bilgi verilmeli.  
Kardiyak kökenlilerde cerrahi ve/veya invaziv yöntemlerle  
medikal yaklaşım yapılır.

Kayan kosta sendromu: NSAİD, Lokal anestetik blok, Cerrahi

Herpes Zoster :Lokal anestetik blok, Gabapentin

Psikoterapi

# Hasta Pediatrik Kardiyoloğa ne zaman gönderilmeli ?

- **Fizik muayenesinde:**
  - **Üfürüm, klik, frotman, siyanoz, gallop, EKG-TELE anormalliği**
- **Egzersizle göğüs ağrısı**
- **Çarpıntı, baş dönmesi, senkop**
- **Kardiyak cerrahi ya da girişim öyküsü**
- **Ailede aritmi, HKMP, ani ölüm öyküsü**
- **Kawasaki geçirme öyküsü**
- **Birinci derece akrabalarda familial hiperkolesterolemi**





19 Mayıs 1919'da Mustafa Kemal Paşa'nın Samsun'a Ayak Bastığı Regie (Tütün) İşkelesi

# TEŞEKKÜRLER

