



## Kardiyak Kökenli Üst Ekstremitte Ağrısı Saptanan Bir Olgu Sunumu

### A Case Report on Upper Extremity Pain of Cardiac Origin

**Turgay Altınbilek, Rabia Terzi\*, Erdem Türkyılmaz\*\***

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

\*Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye

\*\*Özel Medikal Park Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Uşak, Türkiye

### Öz

Üst ekstremitte meydana gelen ağrılar, kas iskelet sisteminden kaynaklı ağrılar olabileceği gibi, farklı organlardan kaynaklı olarak yansıyan ağrılar da olabilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanıda hastaların ayrıntılı klinik değerlendirmesinin yapılması oldukça önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda 61 yaşında, her iki üst ekstremitte ve sırt bölgesinde ağrı yakınması ile başvuran erkek olguda; klinik değerlendirme sonrasında üst ekstremitte de kardiyak kökenli yansıyan ağrı olduğu düşünülmüş, kardiyoloji ile konsültasyon sonrasında koroner arter hastalığı tanısı almış ve intrakoronar stent uygulaması ile ağrı yakınmalarının tamamen gerilediği bir olgu sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Ağrı, üst ekstremitte ağrısı, sırt ağrısı, koroner arter hastalıkları, anjina pectoris

### Summary

Upper extremity pain can originate from the musculoskeletal system, or be a reflection of problems originating from various organs. Therefore, it is highly important to perform a detailed clinical evaluation on patients during differential diagnosis. In this case report, we present a 61 year-old male patient who was admitted with pain in both upper extremities and the upper back that presumed to be of cardiac origin following our clinical evaluations. The patient was referred to the cardiology department, where he was diagnosed with coronary heart disease. The patient's complaints of pain were fully resolved through the application of an intracoronary stent.

**Keywords:** Pain, upper extremity, back pain, coronary artery disease, angina pectoris

### Giriş

Üst ekstremitte ağrıları; servikal omurga yapılarının patolojileri, eklem dejenerasyonu, servikal omurga ve etkilenen eklemle ait travma, vasküler yetmezlik, sinir sıkışması, torakal ve abdominal patolojiler ve bunların kombinasyonu gibi birçok farklı patoloji ile ilgili olabilmektedir (1-4). Üst ekstremitte ağrıya neden olabilecek birçok patolojinin var olması zaman zaman tanı karmaşasına neden olabilmektedir. Bu nedenle ağrı etiyolojisinin belirlenmesinde klinik yaklaşım, öykü ve fizik muayene oldukça önem taşımaktadır. Zaman zaman kardiyak kökenli ağrılar lokalizasyon bakımından lokomotor sistem patolojileri ile ya da lokomotor sistem patolojileri kardiyak kökenli ağrılar ile karışabilmektedir (5). Kardiyak kökenli ağrı yakınmasına neden olan ve en sık gözlenen patoloji koroner arter sendromlarıdır. Meydana gelen koroner spazm ve miyokardiyal iskemi ağrıya neden olmaktadır (6,7). İskemik kalp hastalığından kaynaklanan ağrı, genellikle sternumun hemen altında, prekordiyal bölgede hissedilmekle birlikte, bazen sol ya da her iki üst ekstremitte

yayılabilmektedir. Ağrı nadiren çeneye ya da posterior interskapular alana dağılım gösterebilmektedir (8). Bu olgu sunumunda her iki üst ekstremitte ve sırt ağrısı yakınması ile başvuran farklı merkezlerde servikal disk hernisi ve omuz bursiti tanıları ile takip ve tedavi edilen, yapılan değerlendirmeler neticesinde kardiyak kökenli yansıyan ağrı düşünülerek, koroner arter hastalığı tanısı almış 61 yaşında erkek olgu sunulmuştur.

### Olgu

Altmış bir yaşında erkek hasta, yaklaşık 9 aydır her iki üst ekstremitte ve sırt bölgesinde ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı ya da ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Hastaya bu şikayetlerle farklı merkezlerde servikal diskopati ve omuz bursiti tanıları konularak, medikal tedavi ve fizik tedavi uygulamaları yapıldığı, şikayetlerinin bu tedavilere rağmen rahatlamadığı öğrenildi. Hasta ağrılarının hareketle arttığını, ağrısını her iki skapula altında ve sağ üst ekstremitte belirgin olmak üzere

her iki üst ekstremitte boyunca hissettiğini ifade etti. Ağrı yakınmalarının 150-200 metre yürüyünce ortaya çıktığı ve bu nedenle yürüyüşünü durdurmak zorunda kaldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde servikal, bilateral omuz, dirsek ve el bileği eklem hareket açıklıkları normal sınırlarda ve ağrısız olarak bulundu. Her iki üst ekstremitte kas gücü ve duyu muayenesi normaldi. Derin tenden refleksleri normoaktif, üst ekstremitte nabız muayenesi olağan olarak bulundu. Spurling, kompresyon testleri, Adson ve hiperabdüksiyon testleri negatifti. Skapula etrafında tetik nokta ya da paravertebral kas spazmı mevcut değildi. Hastanın laboratuvar incelemeleri olağandı. Servikal röntgenogram ve manyetik rezonans görüntüleme de dejeneratif değişiklikler ve C3-4, C4-5 seviyelerinde annulus bulgingler mevcuttu.

Hastanın boyun ve üst ekstremitte muayenesinin normal bulunması, bu bölgede hissedilen ağrının, iç organlardan kaynaklanan visseral ağrı olabileceğini; özellikle ağrının efor sırasında artış göstermesi ayırıcı tanıda kardiyak ve akciğer kökenli patolojileri düşündürmüştür. Posterior anterior akciğer grafisi normal olarak değerlendirilen hastanın kardiyolojik muayenesinde semptomların iskemik kalp hastalığı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Miyokard perfüzyon sintigrafisinde Apekte anterior ve anteroseptal duvarların apikalden orta hatta kadar olan kesimlerinde, inferoapikalde iskemi ile uyumlu reversibl perfüzyon defekti tespit edilmiştir. Hastanın koroner anjiyografik incelemesinde sol ön inen arterde ciddi darlık saptanarak, intra koroner stent implantasyonu uygulanmıştır. Hastanın tedavi sonrasında şikayetlerinin belirgin olarak azaldığı, 3 ay sonraki kontrollerinde mevcut tüm şikayetlerinin ortadan kalktığı izlenmiştir.

## Tartışma

Ağrı olası veya varolan doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş olmayan, duyuusal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (9). Nosiseptif ağrı, sinir sistemi dışında tüm dokularda bulunan ağrı reseptörleri tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletdikten sonra hissedilen ağrı tipidir. Nosiseptif ağrı visseral ve somatik ağrı olmak üzere gruplandırılır. Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Derin, yaygın, sızlama şeklinde, lokalizasyonu zor ve yansıyan özellikte olup, sempatik sinir sistemi aracılığı ile merkezi sinir sistemine iletilir. Organlardan gelen otonom aferentlerin arka boynuzda somatik ağrı yoluna taşınması ile buradaki somatik sinirin inerve ettiği deri alanında ağrı (yansıyan ağrı) hissedilir. Toraks, abdomen veya pelvik dokulardan köken almaktadır (10,11). Zaman zaman somatik ve visseral ağrılar karışabilmektedir. Hastamızda kardiyak kökenli gelişen üst ekstremitte ağrısı; öncesinde eşlik eden servikal ve omuz patolojileri varlığında, tanı karmaşasına neden olmuştur.

Koroner arter hastalığı koroner arterlerde ateromatöz plağın damar çeperinde oluşturduğu obstrüksiyon sonucu gelişen iskemik kalp hastalığıdır. Koroner arterde gelişen darlık %50-70'in üzerinde olduğu durumlarda, özellikle eforla, emosyonel

stres veya yemek sonrası başta retrosternal bölgede; boyuna, çeneve, sol omuz veya kol başta olmak üzere her iki üst ekstremitte yayılım gösterebilen tipik anjina bulguları ortaya çıkabilir (12). Hastalar ağrıyı, ezilme, sıkışma, ağırlık hissi ve yanma şeklinde tarif edebilirler (13). Hastamızın ağrısının eforla artış göstermesi ve lokomotor muayenesinin normal olması kardiyak kökenli yansıyan ağrıyı düşündürmüştür.

İskemik kalp hastalığında ağrı gelişiminde; koroner oklüzyonun distalinde kan basıncının düşmesine bağlı olarak koroner arteriyal basınç proreseptörlerinin uyarılması, iskemi neticesinde miyokardiyal pressoreseptörlerin ve kemoreseptörlerin uyarılması, doku yıkımı nedeni ile ortaya çıkan ağrı mediatörlerinin salınımı sorumlu tutulmaktadır. Özellikle anjina sırasında salınan adenosinin, ventriküler aferent fibriller üzerinden etki göstererek ağrı oluşumu üzerine etkili olduğu düşünülmektedir (14).

Hastamızın ağrısı her iki üst ekstremitte ve sırt bölgesinde lokalize idi. Ağrı lokalizasyonu açısından ayırıcı tanıda, servikal ve torakal vertebranın dejeneratif eklem hastalıkları, disk patolojileri, miyofasiyal ağrı sendromu, servikal ve torakal bölgenin enflamatuvar neoplastik ve enfeksiyöz patolojileri, üst ekstremitte eklem patolojileri, brakial nörit, torasik çıkış sendromları, ekstremitenin vasküler patolojileri, ve yansıyan ağrılar düşünülmüştür. Ayırıcı tanı yapılırken ağrının karakteri ve ağrıyı presipite eden faktörlerin sorgulanması oldukça önem taşımaktadır. Ağrının eklem hareketi ile artış göstermesi daha çok omurga ve eklem patolojilerini işaret etmektedir. Hastamızda servikal omurga, ve üst ekstremitte eklem hareket açıklıklarının aktif ve pasif hareketlerinin normal olması, bu bölge lokomotor sistem patolojilerinde değerlendirilen provokatif testlerin negatif olması, ağrı lokalizasyonunun hasta tarafından net belirtilememesi, ağrının yaygın hissedilmesi, hastamızda gelişen ağrının visseral kökenli yansıyan ağrı olabileceğini düşündüren bulgulardır. Hastamızın koroner arter intravasküler stent uygulaması sonrası ağrı yakınmasının tamamıyla geçmiş olması da tanımızı desteklemiştir.

## Sonuç

Üst ekstremitte ve sırt ağrısı ile gelen hastalarda, başta kardiyak kökenli olmak üzere bu bölgede yansıyan ağrıya neden olabilecek visseral organlara ait patolojilerin de olabileceği unutulmamalıdır. Hastanın ağrı karakterinin ayrıntılı sorgulanması ve iyi bir klinik değerlendirme ayırıcı tanıda oldukça önemlidir.

## Etik

*Hasta Onayı: Hasta onamı alınmıştır.*

*Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.*

## Yazarlık Katkıları

*Cerrahi ve Medikal Uygulama: Turgay Altınbilek, Erdem Türkyılmaz, Konsept: Turgay Altınbilek, Dizayn: Turgay Altınbilek, Rabia Terzi, Veri Toplama veya İşleme: Turgay Altınbilek, Erdem Türkyılmaz, Analiz veya Yorumlama: Turgay Altınbilek, Rabia Terzi, Literatür Arama: Turgay Altınbilek, Rabia*

*Terzi, Yazan: Turgay Altınbilek, Rabia Terzi.*

*Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.*

*Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.*

## Kaynaklar

1. Corey DL, Comeau D. Cervical radiculopathy. Med Clin North Am 2014;98:791-9.
2. Mc Cormick Z, Bouffard KJ, Neudorf D, Casey E. A mediastinal mass presenting with unilateral periscapular and arm pain. PM R 2014;6:560-3.
3. Dick FD, Graveling RA, Munro W, Walker-Bone K; Guideline Development Group. Workplace management of upper limb disorders: a systematic review. Occup Med (Lond) 2011;61:19-25.
4. Buckle P. Upper limb disorders and work: the importance of physical and psychosocial factors. J Psychosom Res 1997;43:17-25.
5. Grgic V. Cervicogenic angina. Chest pain caused by unrecognized disc herniation at the segment c6-c7: a case report. Lijec Vjesn 2008;130:234-6.
6. Malliani A. The elusive link between transient myocardial ischemia and pain. Circulation 1986;73:201-4.
7. Rajpurohit N, Ayaz SZ, Yee J, Khan MA, Stys A. Review of acute coronary syndromes: diagnosis and management of unstable angina and non ST-elevation myocardial infarction. S D Med 2015;68:71-5.
8. Soylu K. Kararlı angina pektoris. J Exp Clin Med 2012;29:117-21.
9. Price DD. Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia In Progress in Pain Research and Management, IASP Press, Seattle; 1999.
10. Sikandar S, Dickenson AH. Visceral pain: the ins and outs, the ups and downs. Curr Opin Support Palliat Care 2012;6:17-26.
11. Kutsal YG, Varlı K, Çeliker R, Özer S, Örer H, Aypar Ü, et al. Ağrıya multidisipliner yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:111-28.
12. Meshack AF, Goff DC, Chan W, Ramsey D, Linares A, Reyna R, et al. Comparison of reported symptoms of acute myocardial infarction in Mexican Americans versus non-Hispanic whites (the Corpus Christi Heart Project). Am J Cardiol 1998;82:1329-32.
13. Kreatsoulas C, Shannon HS, Giacomini M, Velianou JL, Anand SS. Reconstructing angina: cardiac symptoms are the same in women and men. JAMA Intern Med 2013;173:829-31.
14. Di Franco A, Villano A, Di Monaco A, Lamendola P, Russo G, Stazi A, et al. Correlation between coronary microvascular function and angina status in patients with stable microvascular angina. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2014;18:374-9.