

Atipik Göğüs Ağrısı ve Torakal Disk Herniasyonu: Olgu Sunumu

Arzu KAYA^a, Salih ÖZGÖÇMEN, Mahmut SAİTOĞLU, Ayhan KAMANLI, Özge ARDIÇOĞLU

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ÖZET

Torakal disk herniasyonu nadir olarak görülmektedir. Neden olduğu nörolojik defisitlerin ağırlığı, atipik bulgularla seyretmesi ve tedavi zorlukları torakal disk herniasyonlarını önemli kılmaktadır. Burada 24 yaşında genç bir kadın hastada atipik göğüs ağrısıyla bulgu veren torakal disk herniasyonunu sunmaktayız. Atipik göğüs ağrılarında disk herniasyonları ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. ©2005, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Torakal disk herniasyonu, atipik göğüs ağrısı

ABSTRACT

Atypical Chest Pain and Thoracic Disc Herniation: A Case Report

Thoracic disc herniations are rare. Severe neurological deficits, atypical features and difficulties in the treatment make thoracic disc herniations important disorders. Herein, we report a case of twenty-four year-old woman with thoracic disc herniation presented with atypical chest pain. Herniation of thoracic disc should be kept in mind in the differential diagnosis of atypical chest pain. ©2005, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Key words: Thoracic disc herniation, atypical chest pain.

Torakal disk herniasyonları tüm disk hernileri arasında nadir görülen bir rahatsızlıktır. Tüm disk hernileri arasında yaklaşık %1 oranında görülür (1). Sıklıkla torakal disk hernileri orta yaşlarda (30–50 yaş) ve %60 oranında erkeklerde görülür. Torakal alt seviyedeki mobilitenin fazla olması nedeniyle hernilerin çoğu T11–12 seviyesinde olmakla beraber %75 oranında T8 seviyesinin altında görülmektedir (2). Semptomatik torakal disk hernisi yaygın olmayan bir problemdir. Asemptomatik vakaların prevalansı %14.5 olarak rapor edilmiştir (3).

Semptomatik hernilerde semptomlar çok değişiklik gösterebilir. Spinal kord basısı, kauda equina ve sinir kök basısı semptomları gibi üst ve alt motor nöronlara ait kompleks semptomlar gösterebilirler (4). Semptomları çok değişken olup başka patolojilerle benzerlik gösterdiğinden tanısı oldukça zordur. Bizim sunduğumuz olguda olduğu gibi torakal disk hernisi, göğüs ve sırt ağrısı bulguları ile kendini gösterdiğinde atipik göğüs ağrısı zannedilebilir. Atipik göğüs ağrısı iskemik kalp hastalığını dışlamak için incelemeye ihtiyaç gösteren problemler ve yaygın bir semptomdur. Atipik göğüs ağrısı terimi kardiyak göğüs ağrısının bazı özelliklerini göstermesine rağmen muhtemelen kardiyak orijinli olmayan ağrıyı belirtmek için kullanılır (5). Atipik göğüs ağrısı oluşturan sebepler oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir (gastroözofajiyal reflü, safra kesesi sorunları, meme hastalıkları, psikolojik bozukluklar, solunumsal hastalıklar, mediasteninin benign ve malign tümörleri ve fibromiyalji gibi muskuloskeletal hastalıklar vb) ve ayırıcı tanıda oldukça fazla zaman ve ekonomik kayba neden olmaktadır (5, 6).

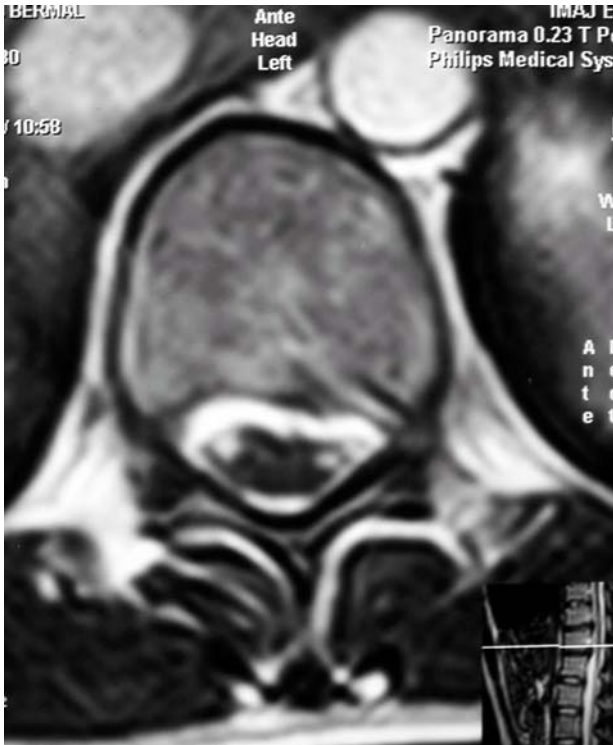
OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında yaklaşık bir yıldan beri sırt ve göğüste kuşak şeklinde ağrıdan ve sol bacakta uyuşmadan şikayet eden bayan hasta, son zamanlarda şikayetlerinin artması üzerine başvurdu. Şu ana kadar göğüs ağrısı nedeniyle sık sık acil polikliniğine başvuran hasta Kardiyoloji, İç hastalıkları ve Göğüs hastalıkları gibi kliniklerde atipik göğüs ağrısı, özofajit, kolelitiazis ön tanıları ile takip edilmiş fakat yapılan incelemelerde (eforlu EKG, EKO, batın ultrasonografi, akciğer grafisi vb) herhangi bir patoloji tespit edilememişti. Hastanın sorgusunda 1 yıl önce ağır kaldırma hikayesi mevcuttu. Ağır kaldırma sonrası başlayan sırt, göğüs ve bel ağrılarının uzun süre ayakta kalmakla, hareketle, öksürme, hapsirme, derin nefes alma ile arttığı, istirahat ile azaldığı öğrenildi. Hastada idrar ve gaita inkontinansı hiç olmadı. Özellikle göğüs ve sırt ağrısını hasta sıkı bir korse ile sarılmış gibi hissettiğini söyleyerek tarif ediyordu. Son iki aydır sol bacağına uyuşma, hareketlerinde ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık vardı. Hastanın görsel analog skalaya (GAS) göre ağrı skoru 86 mm idi. Lokomotor sistem muayenesinde; üst ekstremiteler normaldi. T10–11 ve T12–L1 bölgelerinde basmakla hassasiyet ve ağrı mevcuttu. Dorsal, öne fleksiyon, lateral fleksiyonlar, rotasyonlar ve ekstansiyon ağırlı ve kısıtlıydı. Dorsal Schober 31,5 cm (1,5 cm açılımlı) olup kısıtlıydı. El- zemin mesafesi 35 cm. idi. Fibula başı parmak ucu mesafesi sağda 8 cm solda 13,5 cm. idi. Lomber eklem hareket açıklığı tüm yönlere olmak üzere minimal kısıtlı ve ağırlıydı. Lomber schober 13 cm idi (3 cm açılımlı). Torakal ve lomber bölgelerde ileri derecede paravertebral spazm tespit edildi. Üst ekstremiteler nöromusküler muayene normaldi. Torakal bölgenin duyu muayenesinde; göğüs sol tarafında T11–T12 dermatomuna uyan bölgelerde

^a Yazışma Adresi: Dr. Arzu Kaya, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 23119 ELAZIĞ
Tel: 0424 2333555 e-mail: drarzukaya@yahoo.com

hipoestezi vardı. Karın kasları zayıftı (3/5). Alt ekstremité nöromusküler muayenesinde; solda Achilles refleksi hipoaktif, motor ve duyu muayenesi normaldi. Patolojik refleksleri yoktu. Düz bacak kaldırma testi bilateral negatifti (90 derecede).

Laboratuvar tetkiklerinden tüm kan sayımı, sedimantasyon, idrar tetkiki ve tüm biyokimya testleri normaldi. Torakolomber direk grafide, dorsal kifoz ve lomber lordozda hafif azalma haricinde patolojik görünüm mevcut değildi. Torakal manyetik rezonans (MR) incelemesinde T10–11, T11–12 düzeylerinde dural saka bası yapan sol posterolateral diffüz annüler disk bulgingi görüldü (Şekil 1). Dorsal spinal kord morfolojisi ve sinyal intensitesi normal olarak izlendi (Şekil 2).



Şekil 1. Aksiyal magnetik rezonans kesitinde T10-T11 düzeyinde dural saka bası yapan sol posterolateral disk bulgingi



Şekil 2. Sagittal magnetik rezonansa T10-11 ve T11-12 düzeylerinde disk bulgingi

Hastaya torakolomber bölgeye enfranj, vakumlu enterferans, paravertebral US ve karın bel güçlendirici izometrik, pelvik tilt egzersizleri, postür ve germe egzersizlerinden oluşan 14 seanslık bir fizik tedavi programı uygulandı. Tedavi sonrasında hastanın GAS ağrı skorunda azalma oldu (32 mm). Lokomotor sistem muayenelerinde dorsal Schober 33 cm, lomber Schober 15 cm, el zemin mesafesi 3,5 cm ve fibula başı parmak ucu mesafesi sağda 2, solda 5 cm idi. Torakolomber hareket açıklıklarında artış olup hareketler ağırlı değildi. Hastamızdaki T11-12 yüzeysel duyu bozukluğu düzeldi ve karın kasları gücü bir derece arttı (4/5).

TARTIŞMA

İntervertebral disk herniasyonları klinikte sıklıkla karşılaşılan iş ve güç kaybına neden olan önemli bir problemdir. Torakal omurgadaki disklere bağlı problemler, bu bölgenin özel anatomik ve biyomekanik yapısı nedeniyle oldukça nadirdir (1, 7-10). Travma sıklıkla başlatıcı bir faktördür. Kalçaların üzerine düşme, fleksiyonda uzun süre kalma gibi yanlış postür veya eğilerek ağır kaldırma gibi aksiyal yüklenmenin olduğu bir travma söz konusudur. Başlangıçta asemptomatik olup zaman içerisinde fiziksel aktivite ile semptomatik hale gelir (11). Torakal disk hernisi semptomatik olduğunda klasik klinik sendrom oluşturmadığından tanısız bir ikilem yaratır. Sunulan bu olguda daha laboratuvar incelemeye geçmeden, detaylı bir anamnez alınmasının ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

Yaygın olarak torakal disk hernisinde; semptomlar iyi lokalize edilemeyen sırt, bel ve bacak ağrıları, uyuşukluk, soğukluk veya kuvvet kaybı şeklinde olabilir (4, 9, 10). Semptomların bilateral görülmesi iki kat daha fazladır. Fakat her iki taraf eşit şekilde etkilenmeyebilir.

Torakal disk herniasyonunda sıklıkla başlangıç semptomu olan ağrı bazen anlaşılmasız bir göğüs, bel, karın veya inguinal ağrı şeklinde olabilir. Bazen herni seviyesine uyan bölgede kuşak şeklinde ağrı ve uyuşma görülür. Non-spesifik semptomlar ve retrosternal, retrogastrik ağrı iç organ patolojilerini (koroner kalp hastalığı, özofajit, GİS ülseri, kolelitiazis gibi) taklit ederek tanısız zorluklara sebep olabilir (5, 6, 8, 10-12). Ayrıca tanıda zona zoster, tümör, ankilozan spondilit ve interkostal nevralsi de göz önünde bulundurulmalıdır (13). Alt abdominal ağrıya ve özellikle renal kolik benzeri semptomlara neden olabilir (10, 12, 14). Yine intradural disk hernileri spinal bası oluşturarak nörofibroma, lipoma, menenjioma, epidermoid tümör, araknoid kist, araknoiditis ve metastazları taklit edebilirler (13, 15, 16).

Torakal segmentteki spinal kanal çapının dar olması nedeniyle burada oluşan herniler sıklıkla miyelopatiye neden olur (11, 17). Hastaların %90'ında tanı spinal kord kompresyon bulguları ile konular ve paraplejiye neden olabilir (8, 18, 19). Torasik disk herniasyonunda bildirilen parapleji ve myelopatiden kaçınmak için erken tanı önemlidir (18, 20). Sunduğumuz olguda atipik göğüs ağrısı çeşitli kliniklerde farklı tanılar altında incelenmiş olup zaman ve maliyet kaybına neden olmuştur. Bu bulgularla gelen hastalarda erken tanı ve tedavinin yapılabilmesi için torakal disk hernisinin de gözden geçirilmesi önemlidir. Ayırıcı tanıda torakal disk hernisi göz önünde tutulmazsa hasta birçok invaziv prosedürlere maruz kalabilir. Gözlenen bulgular bazen tanı kargaşası yaratsa da atipik göğüs ağrısı ile gelen bir hastada torakal disk herniasyonu unutulmamalıdır.

Tanı; MR, myelografi ve komputeze tomografi ile konulur (10, 12, 19, 21, 22). Günümüzde MR hem noninvaziv olması hem de yumuşak doku patolojilerini daha iyi göstermesi ve multiplanar olması nedeniyle disk hernilerinin tanısında daha fazla tercih edilir olmuştur (9, 10, 21, 22). Asemptomatik hastalarda yapılan sistemik MR'da %37 torakal disk hernisi bulunmuştur (23).

Miyelopatik semptomları olmayan hastaların tedavisi konservatif olup fizik tedavi, analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların verilmesini içerir (10, 11). Konservatif tedaviye dirençli hastalarda cerrahi dekompresyon yapılabilir (19). Ciddi nörolojik defisitinin olmadığı fakat ağrının ön planda

olduğu olgumuzda uygulanan konservatif tedaviden belirgin derecede fayda görüldü. Miyelopati ve parapleji riskinin fazla olması nedeniyle torakal disk hernili hasta iyi takip edilmeli ve bu ciddi komplikasyonlar hakkında uyarılmalıdır.

Sonuç olarak bu vakamızda; torakal disk hernisi sırt ve göğüs ağrısının nadir rastlanan nedenlerinden olsa da özellikle sırt ve göğüs ağrısı, üst veya alt motor nöron semptomları ile gelen hastalarda düşünülmelidir. Sırt, göğüs ve batin ağrısına neden olan diğer pek çok patolojiyi taklit ettiği için tanısı zordur. Bu durumun göz önünde bulundurulmasının ve bu hastalara MR incelemesi yapılmasının gerekliliğine dikkat çekmek istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Alberico AM, Sahni S, Hall JA, Young HF. High thoracic disc herniation. *Neurosurgery* 1986; 19: 449-51.
2. Oppenheim JS, Rothman AS, Sachdev VP. Thoracic herniated discs: review of the literature and 12 cases. *Mount Sinai J Med* 1993; 60: 321-6.
3. Matsumoto M, Fujimura Y, Suzuki N, et al. MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects. *J Bone Joint Surg* 1998; 80-B: 19-24.
4. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Uematsu Y, Oda H. Symptoms of thoracolumbar junction disc herniation. *Spine* 2002; 26: E512-E518.
5. Howarth D, Oldfield G, Booker J, Tan P. Esophageal dysfunction in patients with atypical chest pain investigated with esophageal scintigraphy and myocardial perfusion imaging: an outcome study. *J Nucl Cardiol* 2003; 10: 490-7.
6. Chambers J, Bass C. Atypical chest pain: looking beyond the heart. *Q J Med* 1998; 91: 239-44.
7. Durmaz B. İntervertebral Disk Hastalıkları. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y (Editörler). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Cilt 2, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti, 2000: 1838-56.
8. Wilke A, Wolf U, Lageart P, Griss P. Thoracic disc herniation: a diagnostic challenge. *Manual Therapy* 2000; 5: 181-4.
9. Levi N, Dons K. Two-level thoracic disc herniation. *Mt Sinai J Med* 1998; 65: 404-5.
10. Xiong Y, Lachmann E, Marini S, Nagler W. Thoracic disk herniation presenting as abdominal and pelvic pain: A case report. *Arc Phys Med Rehabil* 2001; 82: 1142-4.
11. Lamb K. Thoracic disc herniation: A case report. *J Manipulative and Physiol Ther* 2001; 24: 58-62.
12. Elerkay MA, Apostolides PJ, Dickmen CA, Sonntag KH. Herniated thoracic discs mimic cardiac disease: Three case reports. *Acta Neurochir (Wien)* 1998; 140: 643-6.
13. Arce CA, Dohrmann GJ. Herniated thoracic discs. *Neurosurgery Clinics* 1985; 3: 338-92.
14. Georges C, Toledano C, Zagdanski AM, Heneggar C, Bourgarit A, Sereni D, Farge D. Thoracic disk herniation mimicking renal crisis. *Eur J Int Med* 2004; 15: 59-61.
15. Aydın MV, Özel S, Sen O, Erdoğan B, Yıldırım T. Intradural disc mimicking: a spinal tumor lesion. *Spinal Cord* 2004; 42: 52-4.
16. Bose B. Thoracic extruded disc mimicking spinal cord tumor. *Spine J* 2003; 3: 82-6.
17. Chen,CF, Chang MC, Liu CL, Chen TH. Acute noncontiguous-level thoracic disc herniations with myelopathy: A case report. *Spine* 2004; 29: E 157-E160.
18. Kao MC, Tsai SK, Tsou MY, Lee HK, Guo WY, Hu JS. Paraplegia after delayed detection of inadvertent spinal cord injury during thoracic epidural catheterization in an anesthetized elderly patient. *Anesth Analg* 2004; 99: 580-3.
19. Lot G, George B. Recent advances in the surgical management of herniated thoracic discs. *Crit Rev Neurosurg* 1998; 8: 69-75.
20. Chen CF, Chang MC, Liu CL, Chen TH. Acute noncontiguous multiple-level thoracic disc herniations with myelopathy: a case report. *Spine* 2004; 29: E157-160.
21. Turgut M. Three-level thoracic disc herniation: case report and review of the literature. *Eur Spine J* 1998; 7: 348-9.
22. Girard CJ, Scveitzer ME, Morrison WB, Parellada JA, Carrino JA. Thoracic spine disc-related abnormalities : Longitudinal MR imaging assesment. *Skeletal Radiol* 2004; 33: 216-22.
23. Wood KB, Garvey TA, Gundy C, Heithoff KB. Magnetic resonance imaging of the thoracic spine. *J Bone Joint Surg Am* 1995; 77: 163-8.

Kabul Tarihi:15.02.2005