

Atipik Göğüs Ağrısı ve Torakal Kompresyon Fraktürü: Olgu Sunumu
Atypical Chest Pain and Thoracal Compression Fracture: Case Report

¹Ahmet İnanır, ¹Osman Çeçen, ²Erkan Gökçe

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Anabilim Dalı,
Tokat

³Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, Tokat

Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Ahmet İNANIR
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Anabilim Dalı, Tokat /

Tel: 05055060622

Fax: 03562133179

E-mail: ainanir@gmail.com

Özet

Kompresyon kırıkları oldukça yaygın görülen bir klinik durumdur. Sıklıkla semptomatiktir ve önemli fonksiyonel kısıtlılıklara neden olmaktadır. Tipik olarak antero-posterior ya da lateral omurga grafilerinde görülebilmektedirler ancak gerekli durumlarda MRG ve Tomografi ile değerlendirmeler yapılmalıdır. Bizim olgumuz 37 yaşında atipik göğüs ağrısı tarif eden bir erkek hasta idi. Daha önce bu yakınması ile gittiği çeşitli polikliniklerden fayda görmeyen hastada detaylı anamnez ve görüntüleme yöntemleri ile T 5 vertebrada kompresyon kırığı olduğu saptandı. Tedavisi yapılan hasta yakınmalarında belirgin azalma saptandı. Sonuç olarak atipik göğüs ağrısı ile gelen vakalarda travma hikayesi mevcut ise torakal kompresyon kırığı akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Torakal kompresyon kırığı, atipik göğüs ağrısı, tedavi

Abstract

Compression fractures are quite a common clinic case. They are frequently symptomatic and cause serious functional restrictions. Typically, they can be seen in anterior-posterior or lateral spine radiographies, but evaluation must be done through MRG and Tomography in necessary conditions. A 38 year-old male patient who describes an atypical chest pain was the subject of our case study. In case, who previously visited several clinics due to this complaint but failed to recover, compression fracture in T-5 vertebra was detected through detailed medical history and imaging techniques. A significant reduction of symptoms in patients undergoing treatment has been shown. As a result, in cases with atypical chest pain thoracic compression fracture should be considered first if there is a history of trauma.

Key words: Thoracic compression fracture, atypical chest pain, treatment

Giriş

Kompresyon kırığı, vertebral cisim yüksekliğinin %15 ve daha fazla kaybı şeklinde tanımlanmaktadır (1). Vertebra kompresyon kırıkları, özellikle yaşlı popülasyonda torakal veya lomber spinal kolonda yaygın olarak görülmekte olup mortalite ve morbidite oranlarını %15-30 arttırdığı bildirilmiştir (2). İleri yaş grubunda kompresyon kırıklarının en sık nedeni osteoporoz iken (3) osteoporotik olmayan vertebra kırıklarının en sık nedeni ise travmadır (4). Travma ve osteoporoz dışında diğer nedenler arasında maligniteler ve enfeksiyonlar yer almaktadır (5). Kompresyon kırıkları çoğunlukla omurganın torakal ve lomber bölgelerinde oluşmaktadır (6). ABD’de her yıl 700 bin vaka olduğu rapor edilmektedir. Sıklıkla semptomatiktir ve önemli fonksiyonel kısıtlılıklar yanında psikolojik rahatsızlıklara da neden olmaktadır (7). Özellikle şiddetli kifozun varlığı mortalite riskini arttırmakla beraber yaş ile ilişkili mortalite nedenlerinin %23’ünün kompresyon fraktürleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (8). Kompresyon kırıklarının klinik sonuçları biomekanik, fonksiyonel ve psikolojik olarak üç ana başlıkta toplanmaktadır (5). Biyomekanik sonuçlar arasında, bel ve sırt ağrıları, kifotik omurga gibi omurga şekil bozuklukları, ek kompresyon kırığı, pulmoner ve abdominal sorunlar yer almaktadır. Fonksiyonel sonuçlar arasında günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, ağrı ve fiziksel performansta azalma olduğu bildirilmiştir. Fonksiyonel kısıtlılık, kötü postüral durum ve ağrı yüzünden gelişen depresyonun en çok karşılaşılan problemler olduğu belirtilmiştir (5). Kompresyon kırıkları tipik olarak antero-posterior ya da lateral omurga grafilerinde saptanabilmektedir.

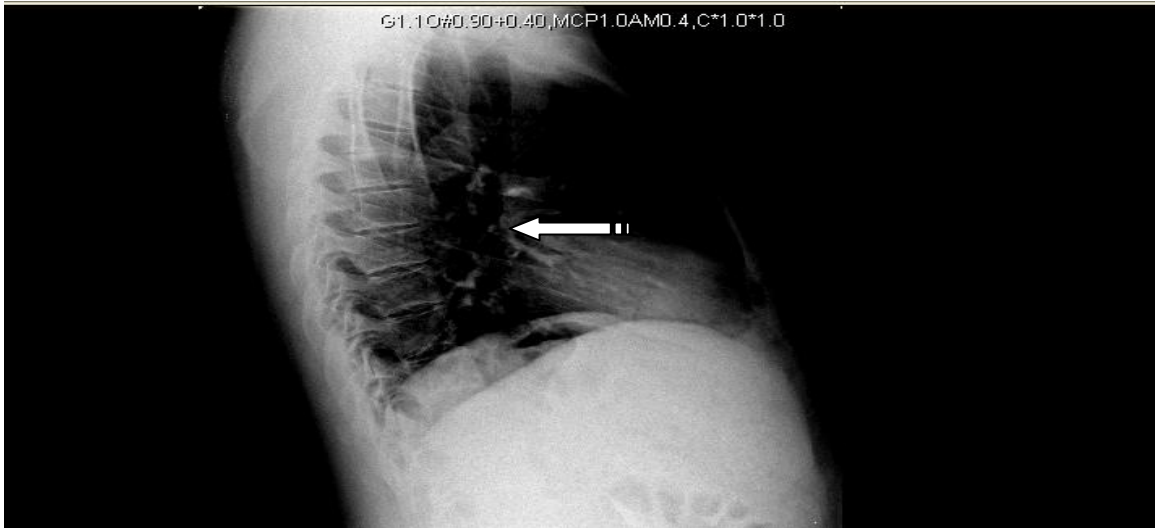
Ancak grafilerin yetersiz kaldığı durumlarda, etyolojik ya da eşlik eden nörolojik defisit gibi durumların aydınlatılmasında bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme (MRI) oldukça yararlıdır. Tedavide temel ilke akut ağrıyı azaltmak, kronik mekanik sekelleri ve ek kompresyon kırıklarını engelleme yanında varsa osteoporozu tedavi etmektir. Kısa süreli yatak istirahati, analjezikler, korse, güçlendirme programları, fizik tedavi uygulamaları ve uygun olgularda vertebroplasti veya kifoplasti yapılabilmektedir. Kemik kaybını engellemek amacıyla hastalara uzun süreli yatak istirahati önermekten kaçınılmalıdır. Ağrı kontrolü için ise nonsteroid analjezikler, opioidler ve kalsitonin kullanılabilir (5).

Olgu Sunumu

Otuzyedi yaşında erkek hasta bıçak saplanır tarzda sol göğüs ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta göğüs ağrısı dışında ek bir kas iskelet sistemi yakınması tariflemiyordu. Mevcut yakınması nedeniyle sık sık acil polikliniğe giden hastaya birkaç kez miyalji ön tanısı ile analjezik tedavi önerilmesine rağmen şikayetleri geçmeyince kardiyoji poliklinik kontrolü önerilmiş. Hasta kardiyoji polikliniğinde değerlendirildikten sonra atipik anjina ön tanısı ile ileri tetkikler (EKG, EKO, akciğer grafisi vb.) yapılmış. Ancak yapılan incelemelerde herhangi bir kardiyak patoloji tespit edilememiş. Yakınmalarının günlük aktiviteler ile ve özellikle ağır kaldırmakla arttığını ifade etmekte idi. Ağrısına eşlik eden ve sırt bölgesinden sol memeye doğru yayılan uyuşma yakınması da olduğu saptandı. Hasta gayta ve idrar inkontinansı, kilo

kaybı, ateş ve terleme yakınmaları da tariflemiyordu. Hastanın klinik sorgusu derinleştirildiğinde 1 yıl önce karlı havada yürürken düştüğü ve 1980 yılında araç içi trafik kazası geçirdiği öğrenildi. Kaza sonrası sol tibia ve sol omuzda kırık nedeniyle opere edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde vizüel analog skala (VAS) değeri (9 cm) olarak belirlendi. Lökomotor sistem muayenesinde; boyun hareketleri serbest, paravertebral kaslar ve trapez kasları doğaldı. Spurling testi bilateral negatifti. Üst ekstremitte muayenesinde sol omuz eklemlerinde hareket açıklığı abduksiyonda range sonunda minimal ağrılı idi ancak Hawkins, Neer, speed, drop arm ve ağrılı ark testleri negatifti. Torakal bölgede T 5-6-7 vertebralarında presyonla hassasiyet ve bu bölgede solda belirgin olmak üzere bilateral paravertebral kas spazmı saptandı. Lomber omurga muayenesinde bel hareketleri ile orta torakal segmentlerde ağrı mevcuttu. Üst ve alt ekstremitelerde

anahtar kasların motor muayenesinde motor ve duyu kusuru saptanmadı. Derin tendon refleksleri alt ve üst ekstremitelerde bilateral normoaktifti. Plantar yanıtları bilateral fleksör idi ve patolojik refleks saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımı, sedimantasyon, CRP, idrar tetkiki ve tüm biyokimya testleri normal olarak değerlendirildi. Dual X-ray absorpsiometri (DXA) ile yapılan kemik mineral yoğunluğu ölçümlerinde lomber ve femoral bölge kemik mineral yoğunluğu yaşa göre normal sınırlarda idi (Lomber Total Z-Skoru: -0.2, Femur Boyun Z-Skoru: - 0.1 ve Femur Total Z-Skoru:-0.3). Torakal direk grafide, dorsal kifoz ve lomber lordozda düzleşme ile beraber T5 vertebra korpusunda %50'ye yakın yükseklik kaybı, T5-6 disk aralığında belirgin daralma, end plate yüzeylerinde sklerotik değişiklikler saptandı.



Resim 1: Lateral torakal grafide T5 vertebra da meydana gelen kompresyon fraktürü ve T5-6 intervertebral aralığında darlık.

Daha önceki trafik kazası sonucunda sağ tibiada metal implantı olan hastadan MRG çekilemedi ve torakal vertebra bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı ve T5 vertebra korpus inferior kesiminde yükseklik kaybı, T5-6 disk aralığında belirgin daralma, end plate

yüzeylerinde dejeneratif düzensizlikler ve sklerotik değişiklikler yanında T6 vertebra korpus antero-süperior kesiminde hafif yükseklik kaybı saptandı. Tariflenen bulgular kronik kompresyon fraktürünü düşündürmekte idi (Resim 1 ve 2).



Resim 2: T5. vertebraya ait bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsü.

Hastaya torakolomber bölgeye hotpack, TENS, paravertebral US ve sırt ekstansör kasları, bel-karın güçlendirici izometrik egzersizler ile beraber pelvik tilt egzersizleri, postür ve germe egzersizlerinden oluşan 15 seanslık fizik tedavi programı uygulandı. Tedavi sonrasında hastanın VAS'ında azalma oldu (3 cm) ve paravertebral adale spazm düzeldi.

Tartışma

Kompresyon kırıkları osteoporoz ve travmaların önemli bir klinik manifestasyonudur. Prevelansı yaş ile birlikte artmakta olup 50-54 yaş arasındaki sıklığına göre 75-79 yaş arasındaki sıklığının 5 kata kadar artabildiği bildirilmektedir (9). Osteoporoz ve travma başta olmak üzere çeşitli etyolojik nedenlere bağlı olarak gelişebilen (10) kompresyon kırıklarında spinal köklerin

kompresyonu, omurgadan kopan kırık parçalarının veya korpusun spinal kanala doğru yer değiştirmesi sonucu olan spinal kanalın daralması nedeniyle gelişmektedir (11). Genellikle bel ve sırt bölgesinde görülmekte olup ilgili bölgede spinal kökün sıkışması sonucunda radiküler karakterde motor ve duyu kusurlarına neden olabilmektedir. Hatta klinik spektrum etkilenen bölge itibari ile hafif duyu kusurundan paraplejiye kadar değişiklik gösterebilmektedir (12). Ağrılı vertebral kompresyon kırıklarında altın standart olan konservatif tedavi yöntemleri ile (13) ağrı ve engelliliğin büyük ölçüde kontrol altına alınabildiği bildirilmektedir (14). Erken tanı ve konservatif tedavinin kompresyon kırıklarının komplikasyonlarını ve negatif sonuçlarını minimize ettiği gösterilmiştir (15). Vertebroplastinin plaseboya üstünlüğü gösterilemeyen bir çalışmada

vertebroplasti ve kifoplastinin bir sonraki adım olarak konservatif tedavi yöntemlerinden yarar görmeyen hastalar için önerilmesi gerektiği belirtilmiştir (16). Burada torakal 5. vertebrada kompresyon kırığı sonucu spinal kök basısı olan bir olguyu sunmayı amaçladık. Literatürde vertebral kompresyon kırıklarının etyolojik nedenleri ve tedavi seçenekleri yeterince vurgulanmıştır. Sharma ve ark. 36 yaşında bir hastanın travma sonrası konus medullarisine bası yapan bir kompresyon fraktürü nedeniyle konus medullaris sendromu geliştiğini bildirmişlerdir (17). Kaya ve ark. ise klinik olarak vakamıza benzer tarzda atipik göğüs ağrısı olan bir vakada torakal disk herniasyonu saptamışlardır (18). Vertebral kompresyon kırıklarında klinik tablodaki bulgular her zaman açık ve belirgin olmayabilir. Nitekim olgumuzda atipik bir göğüs ağrısı yakınması ile hasta değişik kliniklere başvurmuş ve tedavisi gecikmiştir.

Sonuç olarak literatürde kompresyon fraktürü sonucu gelişen spinal stenoz ve radikülopati kliniği yeterince vurgulanmış olsa da bizim olgumuzda olduğu gibi detaylı bir anamnez ve muayene ile erken tanı ve tedavinin ne kadar önemli olduğu bir kez daha görülmektedir.

Kaynaklar

1. Silverman SL. The clinical consequences of vertebral compression fracture. *Bone*. 1992;13:27-31.
2. Linville D. Vertebroplasty and Kyphoplasty. *Southern Medical Journal*. 2002;95:584-7.
3. Yuh WT, Zachar CK, Barloon TJ, Sato Y, Sickels WJ, Hawes DR. Vertebral compression fractures: Distinction between benign and malignant causes with MR imaging. *1989;172:215-8*.
4. Wasnich RD. Vertebral fracture epidemiology. *Bone*. 1996;18:179-83.
5. Mazanec DJ, Podichetty VK, Mompoin A, Potnis A. Vertebral compression fractures: manage aggressively to prevent sequelae. *Cleve Clin J Med*. 2003;70:147-56.
6. Patel U, Skingle S, Campbell GA, Crisp AJ, Boyle IT. Clinical profile of acute vertebral compression fractures in osteoporosis. *Br J Rheumatol*. 1991;30:418-21.
7. Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Melton LJ. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989. *J Bone Miner Res*. 1992;7:221-27.
8. Kado D, Browner W, Palermo L, et al. Vertebral fractures and mortality in older women. A prospective study. *Arch Intern Med*. 1999;159:1215-20.
9. Haczynski J, Jakimiuk A. Vertebral fractures: a hidden problem of osteoporosis. *Med Sci Monit*. 2001;7:1108-17.
10. Wasnich RD. Vertebral fracture epidemiology. *Bone*. 1996;18:179-83
11. Kaplan PA, Orton DF, Asleson RJ. Osteoporosis with vertebral compression fractures, retropulsed fragments, and neurologic compromise. *Radiology*. 1987;165:533-5.
12. Tok F, Yaşar E, Güzelküçük Ü, Yılmaz B, Alaca R, Yazıcıoğlu K. Vertebra Osteomyelitine Bağlı Kompresyon Fraktürü Sonrası Parapleji Gelişimi: Olgu Sunumu, *Ftr Bil Der - J Pmr Sci*. 2009;12:89-92.
13. Rousing R, Andersen MO, Jespersen SM, Thomsen K, Lauritsen J. Percutaneous vertebroplasty compared

- to conservative treatment in patients with painful acute or subacute osteoporotic vertebral fractures: three-months follow-up in a clinical randomized study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34:1349-54.
14. Zambito A, Bianchini D, Gatti D, Rossini M, Adami S, Viapiana O. Interferential and horizontal therapies in chronic low back pain due to multiple vertebral fractures: a randomized, double blind, clinical study. *Osteoporos Int*. 2007;18:1541-5.
 15. Papa JA. Conservative management of a lumbar compression fracture in an osteoporotic patient: a case report *J Can Chiropr Assoc*. 2012;56.
 16. Saad WEA, Funaki BS, Ray CE, Angevine PD, Burke CT, Fidelman N, Fries IB, Hartl R, Holly L, Kinney TB, Kostelic JK, Kouri BE, Lorenz JM, Nair AV, Nemcek Jr AA, Owens CA, Vatakencherry G, Daffner RH, Wippold FJ, American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria: Management of Vertebral Compression Fractures, 2010.
 17. Sharma A, Avery L, Novelline R. Seizure-induced lumbar burst fracture associated with conus medullaris-cauda equina compression, *Diagn Interv Radiol* 2011;17:199-204.
 18. Kaya A, Özgöçmen S, Saitoğlu M, Kamanlı A, Ardıçoğlu Ö. Atipik Göğüs Ağrısı Ve Torakal Disk Herniasyonu: Olgu Sunumu, *Fırat Tıp Dergisi*. 2005;1:30-2.