

Şüpheli Bir Tıbbi Uygulama, Anksiyete ve Dispne

Tolga TAYMAZ

Amerikan Hastanesi, Acil Servisi, İstanbul

Özet

Sırt ağrısı ve solunum sıkıntısı her yaş grubunda dikkate alınması gereken şikayetlerdir. Pulse oksimetre ile oksijen saturasyonunun normal görünmesi ciddi patolojileri ekarte ettirmez. Fizik muayene ve direkt grafi sonrası hala şüphelerimiz varsa, tomografi çekirmek veya ikinci basamağa yönlendirmek gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Sırt ağrısı, dispne, iatrojenik pnömotoraks, anksiyete, tetik nokta injeksiyonu.

Giriş

Her tıbbi ve cerrahi müdahalenin bir komplikasyon olasılığı olmakla birlikte uygulamanın gerekliliği ve ehil bir el tarafından yapılıp yapılmadığı uygulamanın sonucunu etkiler. Nefes darlığı, acil veya poliklinik şartlarında çok sık karşılaşılan bir semptom olup, müdahale için süre kısıtlı olabilir. Bu durumda kapsamlı bir anamnez sıklıkla ipucu verir, fizik muayene ve radyoloji tanıya götürür. Belirgin patolojik bir bulgunun saptanmadığı durumlarda solunum zorluğuna bağlı sekonder anksiyeteyi ayırt etmek gerekir.

Abstract

Back pain and dyspnea are complaints that must be taken serious in all age groups. pulse oximetry values within normal limits doesn't exclude the serious pathologies. If we still have doubts after physical examination and direct radiology, computerized tomography scanning or to refer to secondary health care services may be necessary.

Keywords: Back pain, dyspnea, iatrogenic pneumothorax, anxiety, trigger point injection.

Nefes darlığının etyolojisinde akut veya kronik sebepler söz konusu olabilir. Ani başlayan nefes darlığı şikayetinde solunumsal sebepler, kalp damar sistemine ait patolojiler ve travmatik sebepler öncelikle düşünülmelidir. Bunlar dışlandıktan sonra, öykü de göz önünde bulundurularak, anksiyete de primer hastalık olarak düşünülebilir.

Olgu

Geçmeyen sırt ağrısı, nefes darlığı yakınmaları ile acil polikliniğe başvuran 43 yaşında bayan hasta öyküsünde yurtdışında, boyun ve

sırt ağrıları sebebiyle kendisine lokal metilprednizolon+ lidocain injeksiyonu tedavisine başlandığını, bu tedaviye ülkeye dönüşünde de devam ettiğini ifade etmiştir. Skapula civarına yapılan son injeksiyondan sonra şiddetli sırt ağrısı ve nefes darlığı gelişmiş; enjeksiyon için gittiği tıp merkezinde PA Akciğer Grafisi çekilmiş ve bir patoloji düşünülmemiştir. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine gittiği hastanede yazılan epikrizinde hastanın genel durumunun iyi, koopere ancak aşırı anksiyöz olduğu rapor edilmiştir. SpO₂ %99, solunum sesleri doğal, solunum sayısı:18/dk, KTA:120/dk bulunmuş. EKG' de bir özellik saptanmamış, ilk sağlık kurumunda çekilen akciğer grafisinin kalitesi değerlendirmeye uygun bulunmamakla birlikte bir özellik görülmediği belirtilmiş, alprazolam 0.5 mg. tablet alımından sonra hasta kendini daha iyi hissettiğini ifade ederek hastaneden ayrılmıştır. Ancak 24 saat içinde hastanın sırt ağrısı daha şiddetlenmiş, nefes almakta güçlük çekmeye başlamıştır.

Acil servise başvuran hastanın fizik muayenesinde hasta anksiyöz idi; sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmış olarak bulununca önceden akciğer grafisi çekilmiş olması nedeniyle akciğer tomografisi istendi. Çekilen tomografide sağ akciğer üst lobda % 40-50 lik bir pnömotoraks ve buna bağlı kollaps saptandı. Hastaya 2,5 lt/dk. oksijen başlanarak hospitalize edildi ve göğüs cerrahisi tarafından sağ tüp torakostomi uygulandı. Tüp uygulamasını takiben hava tahliyesi sağlanan hastanın bir gün sonra hava kaçağının durması üzerine tüpü çıkarıldı. Genel durumu iyi ve akciğer tam ekspansiyon olmuş olarak taburcu edildi.

Tartışma

Pnömotoraks birinci basamak hekimlikte en sık

karşılaşılan göğüs cerrahisi acilidir. Tanıda esas olan radyolojik değerlendirmenin erken ve doğru olarak yapılması olası ölümcül komplikasyonları önlemesi yönünden büyük önem taşır.¹ Pnömotoraks kısaca plevral boşluğa hava girmesi olarak tanımlanabilir. Normalde visseral ve pariyetal plevra yaprakları arasında 5-10 ml sıvı bulunur, ancak hava bulunmaz. Pnömotoraksta hava girişi pariyetal ya da visseral plevrada oluşan bir açıklık nedeniyle gerçekleşir. Bu açıklık göğüs duvarında künt ya da delici travmaya bağlı oluşabildiği gibi akciğer parankiminin komşu visseral plevrayla birlikte yırtılması nedeniyle de oluşabilir¹.

Pnömotoraksın oluş mekanizmaları ve altta yatan patolojilere göre sınıflandırılır:

Spontan pnömotoraks

Primer: Altta yatan bir akciğer hastalığı yoktur

Sekonder: Altta yatan bir sebep vardır: KOAH, kistik fibroz gibi

Katamenyal: Menstruasyonla bağlantılıdır.

Travmatik pnömotoraks

Non iyatrojenik: Künt veya penetran yaralanmalar sonrası

İyatrojenik: Transtorasik veya transbronşiyal biyopsi, santral venöz kateterizasyon, plevral biyopsi, torasentez sonrası². Ayrıca, seyrek de olsa akupunktur sonrası görülen pnömotoraksa ait yayınlar da vardır^{3,4}.

Fibromyaljili hastalarda duyarlı noktalara anestezi ve metilprednizolon enjeksiyonu kombinasyonu sonucunda 1-2 haftalık iyi yanıt alınmaktadır. Bu dönemde hastanın doktora güveni artar, enjeksiyon-

lar 2-3 ay geçmeden tekrarlanmamalıdır.

Miyofasyal ağrı sendromu (MAS), tetik 'trigger' noktalar ve gergin bantlarla karakterize bölgesel ağrı sendromudur. Tedavide tetik noktaların ortadan kaldırılması ile ağrı siklusunun kırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla tetik noktalara anesteziik veya serum fizyolojik enjeksiyonu, bu alandaki kasın gerilmesi ve bu bölgeye florometan veya etil klorid spreyi uygulama gibi yöntemler denenebilir. Hatta bu bölgeye kuru iğne uygulaması da yapılabilir^{5,6}.

Bu vakada uygulanan ağrı kesici tedavinin ehil bir el tarafından yapıp yapılmadığı bilinmemektedir. Nefes darlığı olan hastanın fizik muayenesinin dikkatli yapılması, solunum seslerinin dikkatle oskültasyonu, akciğer grafisinin kalitesinin değerlendirmeye uygun olması hastaya acil tanının en kısa süre içinde konulmasını sağlar. Bu olguda hastanın yaşının göre-

ce genç olması ve komorbiditesinin bulunmaması olayın daha kötü bir seyir izlemesini engellemiştir.

Her tıbbi uygulamanın bir komplikasyon olasılığı vardır. Kısa süreli hasta memnuniyetini hedef alan, kanıta dayalı olmayan uygulamalara günlük klinik pratikte sıklıkla rastlanmaktadır. Tıbbi uygulamaların gerekli eğitim almış, deneyimli sağlık personeli tarafından ve kanıta dayalı olarak gerektiği durumlarda uygulanması bu tür komplikasyonların görülmesini engelleyecektir.

Ayrıca çeşitli tıbbi durumlara eşlik eden yoğun anksiyete, altta yatan sebebin saptanmasını güçleştirebilir. Oksijen saturasyonu normal görünse bile akut solunum zorluklarında fizik muayene ve direkt grafinin fikir vermediği durumlarda hastanın bilgisayarlı tomografi ile değerlendirmesini veya ileri bir merkeze yönlendirilmesini gerektirir.

Kaynaklar

- 1- Turgut AT, Koşar U, Bilaloğlu P. Pnömotoraks ve Radyolojik Tanısı, STED, 2001; 10 (9): 335-337.
- 2- Noppen M, De Keukeleire T. Pneumothorax. Respiration International Journal of Thoracic Medicine, 2008; 76 (2):121-127.
- 3- Lee WM, Leung HB, Wong WC. Iatrogenic Bilateral Pneumothorax Arising From Acupuncture: A Case Report, Journal of Orthopaedic Surgery 2005; 13(3): 300- 302.
- 4- Norheim AJ. Complications of Acupuncture Therapy. A study of the literature from 1981- 92 [in Norwegian]. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114:1192-1194.
- 5- Hong CZ, Hsueh TC. Difference In Pain Relief After Trigger Point Injections In Myofascial Pain Patients With And Without Fibromyalgia. Arch Phys Med Rehabil 1996 ;77(11): 1161-6
- 6- Hepgüler S, Fibromyalji Tedavisi,Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 26-30 .09.2001-Antalya <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/3/3.26.pdf> Son Erişim Tarihi:05.04.2011