



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Akut inferior miyokard infarktüsü ile prezente olan tip A aortik diseksiyon

Type A aortic dissection presented with acute inferior myocardial infarction

Veysel Tosun¹, Necmettin Korucuk², Ali Yaşar Kılınç³, Salih Özçobanoğlu³, Murathan Küçük³

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa, Turkey

²Erçiş Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Van, Turkey

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(1):224-226.

Abstract

Aortic dissection is a fatal cardiovascular emergency that aortic media and intimal layer is separated, which requires rapid diagnosis and treatment. The electrocardiogram to detect the cause of chest pain in the emergency department may demonstrate an acute myocardial infarction. The importance of transthoracic echocardiography and multidetector computed tomography for rapid and differential diagnosis of acute myocardial infarction is great. In this article, we present a 83 years old female admitted to emergency department with chest pain, acute inferior myocardial infarction findings on electrocardiography, but we suspect aortic dissection by transthoracic echocardiography and confirmed the diagnosis with multidetector computed tomography.

Key words: Aortic dissection, acute inferior myocardial infarction, transthoracic echocardiography.

Öz

Aort diseksiyonu, aortun media ve intima tabakasının birbirinden ayrıldığı, hızlı tanı ve tedavi gerektiren, ölümcül seyreden bir kardiyovasküler acildir. Acil serviste göğüs ağrısı nedeniyle çekilen elektrokardiyografilerde akut miyokard infarktüsü bulguları saptanabilir. Hızlı tanı ve akut miyokard infarktüsünden ayırıcı tanısı için transtorasik ekokardiyografi ve multidedektörlü bilgisayarlı tomografinin önemi büyüktür. Biz bu yazımızda acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran, elektrokardiyografide akut inferior miyokard infarktüsü bulguları olan ancak transtorasik ekokardiyografi ile aort diseksiyonundan şüphelendiğimiz, multidedektörlü bilgisayarlı tomografi ile de tanısını kesinleştirdiğimiz 83 yaşında bir kadın hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: Aort diseksiyonu, akut inferior miyokard infarktüsü, transtorasik ekokardiyografi.

GİRİŞ

Aort diseksiyonu, aortun media tabakasının intima tabakasından ayrılmasıdır. Hızlı tanı ve tedavi gerektiren ve mortalitesi yüksek olan bir kardiyovasküler acildir. Genelde 40 yaş üzerinde ve hipertansiyonu olan hastalarda görülmektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir¹.

Özellikle çıkan aort ve arkus aortanın tutulduğu akut diseksiyonlarda, mortalite her geçen saat artmaktadır². Temel belirti yırtılır tarzda göğüs ağrısıdır. Ağrı batına, sırtta ve alt ekstremiteye yayılabilmektedir. Bunun yanında göğüs ağrısı farklı

karakterlerde olabilmektedir. Akut diseksiyonda %9 hastada serebral damarların tıkanması, aortik rüptür, kardiyak tamponad nedeniyle senkop görülebilmektedir³. Tip A diseksiyon ile başvuran hastalarda %19, Tip B diseksiyon ile başvuran hastalarda %9 oranında nabız defisit görülebilmektedir. Aort yetmezliği üfürümü hastaların %45 kadarında duyulabilmektedir.

Göğüs ağrısı ve senkop aort diseksiyonu ve miyokard infarktüsünün sık başvuru semptomlarıdır. Hastaların %69' unda elektrokardiyografik değişiklikler görülmektedir. Bunlar spesifik olmayan ST segment ve T dalgası değişiklikleri ve sol

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Veysel Tosun, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa, Turkey. E-mail: veyseltosun8810@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 15.03.2017 Kabul tarihi/Accepted: 18.04.2017

ventrikül hipertrofisi bulgularıdır³. Akut aort anevrizması %1-2 hastada ST elevasyonlu akut miyokard infarktüsü (STEMI) ile prezente olabilmektedir. Bu hastalarda en sık sağ koroner arter olaya müdahil olmaktadır⁴.

Bu yazıda, elektrokardiyografisinin akut inferior miyokard enfarktüsü ile uyumlu olduğu ancak yapılan transtorasik ekokardiyografi ile aort diseksiyonu tanısını konulan 83 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur.

OLGU

83 yaşında kadın hasta acil servise bulantı, kusma, sırta yayılan yırtıcı vasıfta göğüs ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrı 6 saat önce başlamıştı ve hasta değerlendirilirken devam etmekteydi. Özgeçmişinde; hipertansiyon, akciğer tutulumunun eşlik ettiği romatoid artrit, miyastenia graves, tiroidektomi öyküsü mevcut olup valsartan ve hidroklorotiazid kombinasyonu, esomeprazol, sennozid B, pridostigmin, gabapentin, nebivolol, prednizolon tedavileri almaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde; kalp hızı 96 atım/dk, arteriyel kan basıncı 130/70 mmHg, sağ sol kol kan basıncı farkı yoktu.

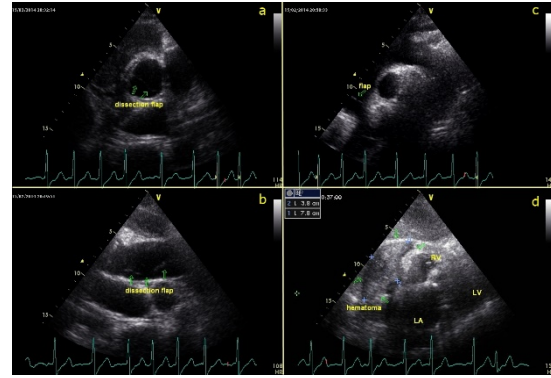
Kalp seslerinde belirgin ek ses veya üfürüm yoktu. Periferik nabızları iki taraflı alınmakta olup nabız defisiti mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde kardiyak biyobelirteçlerde aşırı yükselme görüldü (Kütle CK-MB:70.6 mg/dl (referans değer 0-4.5 mg/dl), yüksek sensitif troponin T:1361 mg/dl (referans değer 0-14 mg/dl)).



Şekil-1. Akut inferoposterior miyokard infarktüsü ile uyumlu elektrokardiyografi.

Hastanın acil serviste çekilen elektrokardiyografisinde inferiyor derivasyonlarda ve V5-V6 derivasyonlarında ST segment elevasyonu, V1-2 derivasyonlarında ST segment depresyonu

saptandı (Şekil-1). Sırta yayılan ve yırtıcı ağrısı olması nedeniyle hastaya transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Çıkan aortada diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil-2). Acil çekilen torakal aorta BT anjiyografide; çıkan aortada çapı yaklaşık 42 mm olan genişleme görüldü, çıkan aortanın sol koroner arter çıkımı ve sağ koroner arter çıkımında diseksiyon flepleri ile uyumlu görünüm izlendi (şekil-3). Diseksiyon flebinin arcus aortadan inen aortaya kadar uzandığı belirlendi.



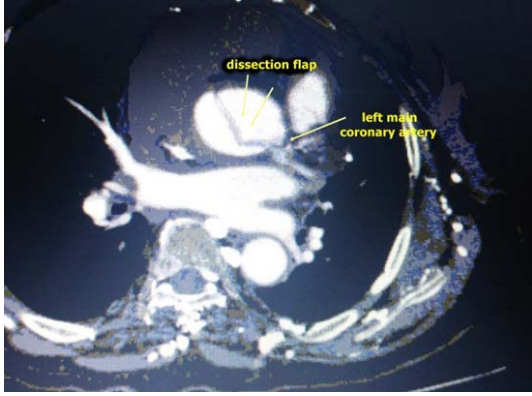
Şekil-2. Transtorasik ekokardiyografi. a) parasternal kısa aks pencerede çıkan aortada diseksiyon flebi görünümü, b) parasternal uzun aks pencerede çıkan aortada diseksiyon flebi görünümü, c) suprasternal pencerede diseksiyon flebi görünümü, d) subkostal pencerede sağ atriyum lateralinde 38*78 mm boyutlarında hematoma görünümü

Kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hastaya acil olarak operasyon kararı verildi. Operasyona alınan hastada kardiyopulmoner bypassa geçilerek hasta 18 °C' a kadar soğutuldu. Kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Dacron 30 mm greft distal ve proksimal aortaya primer olarak (İç ve dışı teflon destekli olarak) anastomoz edildi. Grefitin uygun kısmı rezekt edilerek, nativ aort kısmı grefte anastomoz edildi. Kardiyopulmoner bypassdan düşük doz inotrop destek altında çıkıldı.

Postoperatif dönemde 9 gün yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta 10. gününde genel durumunun iyi olması üzerine servise alındı. Servisteyken hastaya kontrol ekokardiyografi yapıldı. LVEF normal, eser derecede mitral ve aort kapak yetmezlikleri saptandı. Perikardiyal mayi ve kapaklarda vejetasyon ile uyumlu görünüm izlenmedi. Durumu stabil olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akut tip A aort diseksiyonunun prognozu ilişkili komplikasyonlar nedeniyle kötüdür⁵. Aort diseksiyonun, koroner arter çıkımlarına ilerlemesi sonucu gelişen perfüzyon bozukluğu, hayatı tehdit edici kardiyovasküler olaylar ve akut miyokard enfarktüsünün alta yatan mekanizmalarından biridir. Diseksiyona bağlı perfüzyon bozukluğu sonrasında ortaya çıkan EKG değişiklikleri, klinik olarak yanlış tanı konulmasına ve antiplatelet, antikoagulan veya fibrinolitik gibi tedavilerin uygunsuz başlanmasına da neden olmaktadır⁶. Bu nedenle, koroner arterin çıkımlarını içeren akut aort diseksiyonu durumlarında doğru ve hızlı tanı ile birlikte uygun müdahalelere ihtiyaç vardır.



Şekil-3. Multidedektörlü bilgisayarlı tomografide diseksiyon flebi koroner arter çıkımlarına kadar uzanmaktadır.

Aort diseksiyonu tanısında transözofageyal ekokardiyografi, multidedektörlü bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Aort diseksiyonu tanısı transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile de konabilmektedir fakat diğer tanı yöntemlerine göre özgüllük ve duyarlılığı düşüktür. TTE aort diseksiyonu tanısında ilk seçenek olarak kullanılmasa da spesifik olmayan klinik tablo ile başvuran hastalarda Tıp A diseksiyonu dışlamak için kullanılabilir⁷.

STEMI ile gelen hastalarda aort diseksiyonu için risk faktörleri yoksa ve diseksiyondan şüphelenilmiyorsa, vakit kaybetmeden reperfüzyon stratejisine başvurmak gerekmektedir. Güncel ESC kılavuzuna bakıldığında STEMI yönetiminde ekokardiyografi ile görüntüleme yapılmasına ait güçlü öneriler bulunmamaktadır (Öneri düzeyi IIB, Kanıt düzeyi

C). Bununla birlikte hayatı tehdit eden Tıp A diseksiyonun nadir başvuru şekillerinden birisi olan STEMI'nde ekokardiyografi çok önemli bir role sahiptir. Tartıştığımız olguda olduğu gibi aort diseksiyonu ile başvuran hastaların bir kısmında tipik anjinal yakınmalar olabilmektedir. Bunun yanında özellikle sırta yayılan yırtıcı ağrısı olması bizim için uyarıcı olmuştur. Hastaya hızlıca yatak başı ekokardiyografi yapılmış ve diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm tespit edilmiştir.

Bu olgumuzu yayınlamamızdaki amaç, akut aort diseksiyonunun farklı klinik tablolar ile başvurabileceğinin altını çizmektir. Risk faktörleri olan hastalarda özellikle senkop, alt ekstremitede güçsüzlük gibi şikayetler de bulunmaktaysa diseksiyondan şüphelenilmesi ve STEMI ile başvuran hastalarda, invaziv testler öncesi hızlı bir ekokardiyografik değerlendirme yapılması tanının daha erken konulmasına olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Açıkalm A, Satar S, Akpınar O, Kuvandık G, Sarı A, Kanadaşı M et al. Aort diseksiyonu: bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastalarda iki yıllık klinik deneyim. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5:32-5.
2. Anagnostopoulos CE, Prahakar MJS, Kittle CF. Aortic dissections and dissecting aneurysms. Am J Cardiol. 1972;30:263.
3. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights from an old disease. JAMA. 2000;283:897-903.
4. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A et al. Diagnosis and management of aortic dissection. Eur Heart J. 2001;22:1642-81.
5. Okina N, Ohuchida M, Takeuchi T, Fujiyama T, Satoh A, Sakamoto T et al. Utility of measuring C-reactive protein for prediction of in-hospital events in patients with acute aortic dissection. Heart Vessels. 2013;28:330-5.
6. Hansen MS, Nogareda GJ, Hutchison SJ. Frequency of and inappropriate treatment of misdiagnosis of acute aortic dissection. Am J Cardiol. 2007;99:852-6.
7. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA et al. Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association. Circulation 2010;121:e266-369.