

**Case Report / Olgu Sunusu**

**Genç Kadın Hastada Aort Diseksiyonu: Olgu Sunumu**

**Aortic Dissection in Young Female Patient: A Case Report**

Mehmet Esen<sup>1</sup>, Tuğba Karaman<sup>2</sup>, Murat Ayan<sup>1</sup>, Nurşah Başol<sup>1</sup>, Tufan Alatlı<sup>1</sup>, Semih Arıcı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim  
Dalı, Tokat  
<sup>2</sup>Tokat Devlet Hastanesi,  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon  
Kliniği, Tokat  
<sup>3</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve  
Reanimasyon Anabilim Dalı,  
Tokat

Corresponding Author:  
Yrd. Doç. Dr. Murat Ayan,  
Acil Tıp Anabilim Dalı  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi,  
60000 Tokat, Türkiye.  
**Tel:** +90 356 2129500  
(3420)  
**Fax:** +90 356 2129417  
**E-mail:**  
ayan421975@windowslive.com

Başvuru Tarihi/Received :  
06-01-2012  
Kabul Tarihi/Accepted:  
13-03-2012

**ÖZET**

Aort diseksiyonu, yüksek mortaliteden dolayı gerçek acillerdendir. Bu nedenle tanı ve tedavi geciktirilmemelidir. Sıklıkla 40-70 yaş arası erkeklerde görülür. Bu olgu sunumunda baş ağrısı şikayeti ile hastanemize başvuran, ekokardiyografi ile aort diseksiyonu tanısı konulan genç kadın hasta tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler;** aort diseksiyonu, ekokardiyografi, acil servis

**ABSTRACT**

Aorta dissection is a real emergency due to high mortality rate. Therefore, diagnosis and treatment should not be delayed. It is commonly seen between the ages of 40 and 70 in male patients. The present case describes a young lady diagnosed with aorta dissection with echocardiography the main complaint of whom was headache.

**Keywords;** aortic dissection, echocardiography, emergency department

## GİRİŞ

Aort diseksiyonu aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu kanın aort duvarı içerisine dolmasıdır. Acil servisin, tanı ve tedavi için hızlı davranması gereken yüksek mortalite ile seyreden hastalıklarındandır. Akut aort diseksiyonu gelişimine neden olabilecek faktörler arasında hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, ateroskleroz, gebelik, iyatrojenik ve travmatik faktörler, inflamatuvar ve infektif hastalıklar gibi birçok etken sayılmaktadır (1). Hastalık tüm yaş gruplarında görülebmesine karşın, olguların %75'i 40-70 yaş arasında ve sıklıkla erkektir (2). Aort diseksiyonunun tipik kliniği, yırtılma ya da parçalanma tarzında çok şiddetli göğüs ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Aort dallarının tutulmasına bağlı olarak alt ekstremitelerde duyu ve motor değişiklikler, karın ağrısı, iki kol arası kan basıncı farklılıkları ve ani kan basıncı değişiklikleri görülebilmektedir (3). Ancak aort diseksiyonlu hastalar klasik semptomlar dışındaki nonspesifik semptomlarla hastaneye başvurdıkları durumlarda tanı gecikmekte ve mortalite oranı artmaktadır (4). Bu nedenle tanı klinik şüphe çok önemli rol oynamaktadır ve noninvaziv görüntüleme yöntemleriyle kolaylıkla tanı konulabilmektedir.

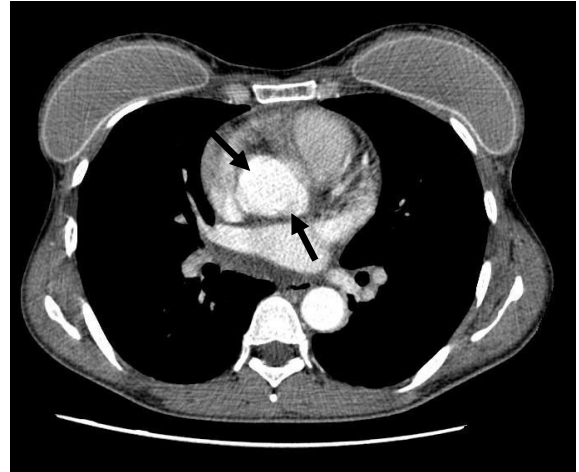
Bu olguda baş ağrısı gibi sıra dışı bir şikayetle ile acil servise başvuran aort diseksiyonu tanısı konulan genç bayan bir hastayı sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Daha önce hipertansiyon ve migren tanıları konmuş olan 33 yaşındaki bayan hasta ani başlangıçlı ve analjeziklere yanıt vermeyen baş ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde şuuru açık, oryante, koopere, GKS:15 ve nörolojik defisiti yok, kalp sesleri S1(+)-S2(+), ek ses ve üfürüm yok, akciğer dinlemekle doğal, batın serbest idi. Tansiyon arteriyel 190/100 mmHg, nabız 98/dk, solunum sayısı 16/dk olarak ölçülen hastanın baş ağrısının migren atağına veya hipertansiyona bağlı olabileceği düşünüldüğü acil serviste müşahade odasına yatırılarak tedavisine başlandı. Hastanın acil serviste takibi esnasında ani başlangıçlı göğüs ağrısı oldu ve baş ağrısı şiddetlendi. Hastanın çekilen elektrokardiyografi (EKG)'sinde normal sinüs ritmi, V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub> derivasyonlarında ST segment çökmesi, T negatifliği saptandı. Bilateral periferik nabızlar eşit palpe edildi ve sağ ve sol üst ekstremiteler arasında tansiyon farkı saptanmadı.

Hasta da akut koroner sendrom, miyokardit, perikardit ön tanıları düşünüldü. Yapılan tetkiklerde kardiyak belirteçler, koagülasyon parametreleri, tam kan sayımı ve biyokimya değerlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın yüksek olan kan basıncı değerleri medikal tedavi ile normal sınırlara düşürülmesine rağmen göğüs ağrısı şikayeti şiddetlendi. Hastaya çekilen telekardiyografide normal olarak değerlendirildi. İlerleyen saatlerde

taşikardi, taşipne, hipoksi gelişti. Bu ön tanıları ek olarak pulmoner emboli de düşünülerek hastaya acil ekokardiyografi (EKO) yapıldı. Hastanın EKO'sunda atrium ve ventriküllerde trombus saptanmadı. Ancak perikardial efüzyon saptanınca aort diseksiyonu olabileceği düşünülerek aorta görüntülendi ve assendan aortada aort kapağının 2-3 cm distali hizasında, posterolateral yerleşimde, yaklaşık 3 cm uzunluğunda intimal yırtık (arkus aortada flep) saptandı. Assendan aort çapı 2.8 cm ölçüldü ve olguda bikuspid aorta saptanmadı. Aort diseksiyonu düşünüldüğü acil kardiyovasküler cerrahi konsültasyonu istendi ve eş zamanlı çekilen spiral bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografisinde (şekil-1) arkus aortada, aort bifurkasyonuna kadar retrograd ilerleyen intimal yırtık tesbit edildi ve hasta aort diseksiyonu tanısıyla acil operasyona alındı. Operasyonda invaziv kan basıncı ölçümü için innominat arter diseksiyonu ihtimali nedeniyle sol radial arter kanülasyonu tercih edildi. Peroperatif hipotermik sirkulatuvar arrest uygulandı. Sirkulatuvar arrest başlamadan önce Thiopental verildi. Hastaya aort valv replasmanı, asendan aort replasmanı yapıldı ve koroner implant takıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. Hastanın ameliyat öncesi kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi (oklar arkus aortada intimal flepi göstermektedir)

## TARTIŞMA

Aort diseksiyonunun yıllık insidansı milyonda 5-20 olarak tahmin edilmektedir (5). Ancak radyolojik görüntüleme imkanlarının gelişmesi ile birlikte aort diseksiyonu tanısı artmaktadır. Genellikle 40 yaş üzeri erkek hastalarda görülmekle birlikte erkek/kadın oranı 3:1 dir (6,7). Kırk yaş altındaki kadınlarda, tüm aort diseksiyonu olgularının %50'si gebelik sırasında gelişmektedir ve en yüksek insidans 3. Trimesterde görülmektedir (8). Olgumuz hamilelik durumu mevcut olmayan 33 yaşında kadın hastaydı.

Akut aort diseksiyonu gelişimine sebep olabilecek risk faktörleri arasında hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, mediyal dejenerasyon ve mediyal nekroz, ateroskleroz, aort koarktasyonu, bikuspid kapak, gebelik, torasik aort anevrizması,

geçirilmiş aort cerrahisi, inflamatuvar ve infektif hastalıklar, iyatrojenik ve travmatik faktörler, genetik faktörler, Marfan Sendromu sayılabilir. Biküspid aort kapağı progresif aort dilatasyonu, anevrizma formasyonu ve diseksiyon için bağımsız bir risk faktörüdür. Vasküler komplikasyonlar, kapak disfonksiyonu olmaksızın gelişebilmektedir. Biküspid aort kapağı olan genç hastaların %50'den fazlasında ekokardiyografik olarak aort dilatasyonu saptanmıştır (11).

Olgumuz hipertansiyon ve migren tanısı ile takip ve tedavi ediliyordu. Olgumuzun öyküsünde gebelik, Ehler Danlos ve Marfan Sendromu gibi konnektif doku hastalıkları, bikuspid aorta ve diğer konjenital kalp hastalıkları yoktu. Diseksiyon nedeniyle tedavi gören hastaların %75-80'inde hipertansiyon hikayesi mevcuttur. Aort diseksiyonunun halter sporu gibi ağır sportif aktiviteler sırasında da gelişebildiği bildirilmiştir (12). Genç ve sağlıklı insanlarda ani gelişen hipertansiyon diseksiyonun ana nedeni olabilir. Olgumuzda baş ağrısı ve hipertansif atak nedeni ile acil servise başvurmıştı. Olgumuzda hipertansiyon dışında bir risk faktörü de saptanmadı (9,10).

Göğüs ağrısı akut aort diseksiyonunda en sık görülen başvuru şikayetidir. Hastaların yaklaşık olarak % 10'un da ise ağrı görülmemektedir (4,9). Ekstremitte nabızlarında farklılık aort diseksiyonu lehine önemli bir bulgudur ancak hastaların %80'inde görülmemektedir (13). Bununla beraber akut proksimal diseksiyon gelişen hastaların yaklaşık %60'ında saptanmıştır (14). Fakat bizim hastamızda akut proksimal diseksiyon olmasına rağmen ekstremitte nabızlarında farklılık saptanmamıştır.

Aort diseksiyonunda bizim olgumuzda olduğu gibi rutin laboratuvar tetkiklerinin tanıda rolü çok düşüktür. Elektrokardiyogram ve göğüs röntgeni tanı koymada yeterli olmaz. Hastaların %20'sinde (bizim olgumuzda olduğu gibi) elektrokardiyogramda iskemik değişiklikler görülebilir (9).

Aort diseksiyonunun tanısında aortografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), transtorasik ve transözefajal ekokardiyografi ve bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. MRG yüksek oranlarda tanı koydurmasına rağmen çekimin güçlüğü, süresinin uzunluğu, metal implantlara uyumsuzluk, hastanın işlem süresince monitorizasyon güçlüğü, hasta uyumsuzluğu gibi nedenlerle pratikte sık uygulanmamaktadır. Bilgisayarlı tomografi birçok hastanede bulunması ve hızlı uygulanabilmesi nedeniyle klinisyenler tarafından en sık tercih edilen tanı yöntemidir. Transözefajal ekokardiyografinin anjiyografi kadar tanı koymada etkili bir yöntem olduğu belirtilmekle birlikte anestezi gerektirmesi nedeniyle uygulanması zaman alır (9,15-17). Transtorasik ekokardiyografi ise gerek uygulama kolaylığı, gerekse hasta uyumu açısından daha hızlı ve pratik bir yöntemdir. Ekokardiyografide tanı, tecrübe ile alakalıdır ve diseksiyonun tespit edilmesi, aort çapının ölçülmesi,

kapak anomalileri, intimal flebin tespiti, diseksiyon membranı ile gerçek ve yalancı lümenlerin ortaya konması mümkündür (18). Bizim hastamızda transtorasik ekokardiyografi doğru ve hızlı tanı konulmasında etkili olmuş ve bilgisayarlı tomografi ile tanı kesinleştirilmiştir.

Sonuç olarak aort diseksiyon olgularına tanı konmasında gecikme mortaliteyi artıran önemli nedenlerdendir. Acil serviste göğüs ağrısı olan hastalarda aort diseksiyonu tanısının unutulmaması gerektiği, şüpheli olgularda ekokardiyogram, bilgisayarlı tomografi ile hızlı tanı konarak mortalite ve morbiditenin önemli ölçüde azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Svensson LG, Crawford ES. Aortic dissection and aortic aneurysm surgery: clinical observations, experimental investigations, and statistical analyses. Part II. *Curr Probl Surg* 1992; 29: 915-1057.
2. Coady MA, Rizzo JA, Elefteriades JA: Pathologic variants of thoracic aorta dissection: penetrating atherosclerotic ulcers and intramural hematomas. *Cardiol Clin* 1999; 17:637.
3. Siegal EM. Acute Aortic Dissection. *J.Hospital Med.*2006;1:94-105
4. Park SW, Hutchison S, Mehta RH et al. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. *Mayo Clin Proc* 2004;79:1252-7.
5. Wheat MW, Jr. Acute dissecting aneurysms of the aorta: diagnosis and treatment. *Am.HeartJ*1980;99:373-87.
- 6.Crawford ES, Crawford JL, Safi HJ et al: Thoracoabdominal aortic aneurysms: preoperative and intraoperative factors determining immediate and long-term results of operations in 605 patients. *J.Vasc.Surg*1986;3:389-404
7. Debakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC, Jr., Howell J, Noon GP, Lawrie G: Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patients treated surgically. *Surgery* 1982; 92: 1118-34
8. Immer FF., Bansi AG., Immer-Bansi AS. et al. Aortic dissection in pregnancy: analysis of risk factors and outcome. *Ann Thorac Surg*, 2003,76; 309-314
9. Hines G, Dracea C, Katz DS. Diagnosis and management of acute type A aortic dissection *Cardiol Rev.* 2011;19:226-32.
10. Wen D, Zhou XL, Li JJ, Hui RT. Biomarkers in aortic dissection. *Clin Chim Acta.* 2011;412:688-95.
11. Nistri S, Sorbo MD, Marin M et al: Aortic root dilatation in young men with normally functioning bicuspid aortic valves. *Heart* 1999; 82: 19-22
12. de Virgilio C, Nelson RJ, Milliken J: Ascending aortic dissection in weight lifters with cystic medial degeneration. *Ann.Thorac.Surg.* 1990; 49: 638
13. Mukherjee D, Eagle KA. Aqrt dissection an uptade. *Curr Probl Cardiol* 2005;30:287-325
14. Cambria RP, Brewster DC, Gertler J et al: Vascular complications associated with spontaneous aortic dissection. *J.Vasc.Surg.* 1988; 7: 199-209
15. Erbel R, Oelert H, Meyer J, et al: Effect of medical and surgical therapy on aortic dissection evaluated by transesophageal echocardiography: Implications for prognosis and therapy. *Circulation*1993; 87:1604.
16. Hartnell G, Costello P, Goldstein S, et al: The diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures. *New Engl J Med* 1993; 328:1637
17. Blanchard DG, Kimura BJ, Dittrich HC et al: Transesophageal echocardiography of the aorta. *Jama* 1994; 272:546.
18. Penco M, Papanoni S, Dagianti A et al: Usefulness of transesophageal echocardiography in the assessment of aortic dissection. *Am.J.Cardiol.* 2000; 86: 53G-6G