

Kliniğimize Başvuran Aort Diseksiyonlu Hastaların Geriye Dönük Analizi

A Retrospective Analysis of Patients Admitted to our Clinic with Aortic Dissection

Ayhan Sarıtaş¹, Harun Güneş¹, Hayati Kandış¹, Mehmet Çıkman¹, Melik Çandar¹, Semih Korkut¹, Cemil Kul²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

²Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bitlis, Türkiye

Özet

Amaç: Geriye dönük bu çalışmada, acil servise başvuran ve aort diseksiyonu tanısı konulan hastaların bazı klinik, radyolojik ve demografik özelliklerinin ortaya konulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Mart 2009-Mart 2011 tarihleri arasında başvuran ve aort diseksiyonu tanısı konulan hastaların kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların dosyalarından cinsiyeti, yaşı, başvuru şikayetleri (göğüs ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, senkop, baş dönmesi ve diğer), tele kardiyografide mediasten genişliği varlığı, ekokardiyografide fleb varlığı kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 12 hasta (8'i erkek, 4'ü kadın) alındı. Yaş ortalaması ise 63.5±19.0 (minimum 28, maksimum 85) idi. Başvuru şikayetleri sıklık sırasına göre göğüs ağrısı (%50), sırt ağrısı (%25), karın ağrısı (%25), senkop (%25) ve baş dönmesi (%16.7) idi. Hastaların %25'inde her iki kol arasında nabız farkı varken, mediasten genişliği %50 hastada vardı. Ekokardiyografide hastaların %67'sinde fleb görünümü mevcuttu. Olguların 8'inde Standford Tip A, 5 olguda De Bakey Tip 1 diseksiyon mevcuttu. Diseksiyon tipleri ile cinsiyetler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p>0.5). Hastalarımızın 11'i sevk edilirken 1 hasta acil servisimizde kaybedilmiştir.

Sonuç: Aort diseksiyonu tanısında en önemli noktalardan biri tanının akla getirilmesidir. Aort diseksiyonu tanısında gecikmelerde dahi hastalar için geri dönüşümü olmayan sonuçlar doğurabileceği, hekimler için ayrıca adli problemlere yol açabileceği de unutulmamalıdır.

(JAEM 2011; 10: 152-5)

Anahtar kelimeler: Aort diseksiyonu, tanı, acil servis

Alındığı Tarih: 18.04.2011

Kabul Tarihi: 13.05.2011

Abstract

Objective: In this retrospective study, we aimed to manifest some clinical, radiologic and demographical features of patients which were admitted to our emergency department and diagnosed with aortic dissection.

Materials and Methods: Records of patients diagnosed with aortic dissection in our Emergency Department during March 2009-March 2011 were scanned retrospectively. Patients' gender, age, complaints (chest pain, backache, abdominal pain, syncope, dizziness and other), presence of mediastinal widening on tele cardiograph and presence of fleb on echocardiograph were recorded.

Results: Total 12 patients (8 males, 4 females) were included into the study. Mean age was 63.5±19.0 (minimum 28, maximum 85). Complaints were chest pain (50%), backache (25%), abdominal pain (25%), syncope (25%) and dizziness (16.7%), respectively. There was a pulse difference between the two arms in 25% of patients. However, mediastinal widening was present in 50% of patients. Eight patients (67%) have a fleb on echocardiograph. Eight patients had Standford Type A and five of patients had De Bakey Type 1 aortic dissection. There were no statistical differences between dissection types and gender (p>0.5). Eleven patients were referred to another hospital, and one of patients died.

Conclusion: We thought that in clinical doubt of aortic dissection which is diagnosed with difficulty, bedside echocardiographic evaluation will provide convenience for emergency physicians in emergency departments.

(JAEM 2011; 10: 152-5)

Key words: Aortic dissection, diagnose, emergency department

Received: 18.04.2011

Accepted: 13.05.2011

Giriş

Aortun media tabakasının uzun aksı boyunca intima tabakasından ayrılması olarak tanımlanan aort diseksiyonu yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı tanı ve tedavi gerektiren gerçek kardiyovasküler acillerden biridir (1). İnsidansı yılda milyonda 5-30 olgu arasında değişmektedir (2, 3). Hastalık erkeklerde kadınlara oranla daha fazladır (4). Aort diseksiyonu nadir görülen bir durum olmakla birlikte özellikle tanı veya tedavideki gecikmeler mortalite ve morbiditede

artışlara yol açmaktadır. Mortalite oranları tıbbi tedaviye rağmen yaklaşık olarak %10 civarındadır (5).

Aort diseksiyonu ve rüptürü en sık ateroskleroz ve hipertansiyon zemininde meydana gelirken travma veya travma dışı nedenlerle de görülebilmektedir. Ayrıca Ehler-Danlos sendromu ve Marfan sendromu gibi genetik faktörler de ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (6).

Acil ve yaşamı tehdit eden kardiyovasküler hastalıklar arasında ön sırada yer alan aort diseksiyonunun tanısı için en önemli basamak klinik şüphedir. Anamnez ve fizik muayene ile birlikte tele kardiyog-

rafi öncelikle kullanılması gereken bir yöntem olmakla beraber tanı özgülüğü düşüktür. Aort diseksiyonlu hastalar genellikle her iki skapula arasında hissedilen ağrı, göğüs ağrısı şikayetleri ile başvururlar. Ayrıca senkop, hemiparezi ve hemipleji gibi nörolojik semptomlar da görülebilir (7).

Bu çalışmada, acil servise başvuran ve aort diseksiyonu tanısı konulan hastaların bazı klinik, radyolojik ve demografik özelliklerinin ortaya konulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne Mart 2009-Mart 2011 tarihleri arasında başvuran ve aort diseksiyonu tanısı konulan toplam 12 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların dosyalarından yaşı, cinsiyeti, özgeçmişlerine ait hastalık hikayeleri, başvuru şikayetleri (göğüs ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, senkop, baş dönmesi ve diğer), her iki kol arasındaki nabız ve sistolik-diastolik kan basınçları farklılıkları, tele kardiyografide mediasten genişliği varlığı, 12 derivasyonlu elektrokardiyogramları ve ekokardiyografide flep olup olmaması değerlendirildi. Laboratuvar sonuçlarından kreatinin kinaz (CK), kreatinin kinaz MB bandı (CK-MB), troponin ve hemoglobin değerleri kaydedildi.

Diseksiyon tipleri hem De Bakey (Tip 1, 2 ve 3) hem de Stanford (Tip A ve B) sınıflandırmasına göre gruplandırıldı. De Bakey sınıflandırmasına göre; Tip 1 diseksiyon; tüm aortaya yayılan diseksiyon, Tip 2 diseksiyon; sadece çıkan aortta diseksiyon, Tip 3 diseksiyon; sadece inen aortta diseksiyon görülmesidir. Stanford sınıflandırmasına göre; Tip A diseksiyon çıkan aortanın tutulduğu, Tip B diseksiyon ise çıkan aortanın tutulmadığı inen veya abdominal aortanın tutulduğu diseksiyonlardır.

Tüm hastalara diseksiyonun varlığını ve lokalizasyonunu değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi çektilirdi. İşlem sırasında radyopak madde verilerek, diseksiyonun yeri değerlendirildi.

İstatistiksel değerlendirme

Elde edilen veriler "Statistical Package for Social Sciences 15.0 for Windows" (SPSS-15) bilgisayar paket programına kaydedildi ve analiz edildi. Kantitatif veriler ortalama±standart sapma, kalitatif veriler ise sıklık ve yüzde olarak sunuldu. Aort diseksiyonu tipleri ile cinsiyetler arasındaki ilişki için Chi-Square testi kullanıldı. P<0.05 istatistiksel olarak kabul edildi.

Bulgular

Mart 2009-Mart 2011 tarihleri arasında acil servisimize başvuran hastalardan aort diseksiyonu tanısı koyulan toplam 12 hasta çalışmaya alındı. Hastaların sekizi (%66.7) erkek, dördü (%33.3) kadındı. Yaş ortalaması ise 63.5±19.0 (minimum 28, maksimum 85) idi. Hastaların özgeçmişlerine bakıldığında üç (%25) hastada hipertansiyon, bir hastada inme, bir hastada Marfan sendromu ve bir hastada da koroner arter hastalığı hikayesinin olduğu diğer altı (%50) hastada herhangi bir hastalık hikayesinin olmadığı tespit edildi. Aort diseksiyonu tanısı konulan hastaların en sık başvuru şikayetinin göğüs ağrısı (%50) olduğu, bunu sırayla sırt ağrısı (%25), karın ağrısı (%25), senkop (%25) ve baş dönmesinin (%16.7) takip ettiği belirlendi. Bir hastamız bacak ağrısı ve bir hastamız da kanlı idrar şikayetleri ile başvurmuştu. Hastaların %25'inde her iki kol arasında nabız farkı varken, tansiyon değerleri arasında anlamlı bir fark tespit edilemedi. Hastaların ortalama

ma sistolik kan basınçları; sağ kol 126.1±36.1, sol kol 119.8±34.9, diyastolik kan basınçları; sağ kol 76.5±17.7, sol kol 72.5±16.0 idi. Hastaların %50'sinde tele kardiyografide mediasten genişliğinin olduğu tespit edildi. Acil Serviste hastaların tümüne ekokardiyografi yapıldığı ve %67'sinde ekokardiyografide flep varlığı saptandı. Hastaların üç tanesinde (%25) hem ekokardiyografide flep görünümünün hem de tele kardiyografide mediasten genişliğinin olmadığı tespit edildi. Hastaların elektrokardiyogramları değerlendirildiğinde sadece bir hastada sol dal bloğu ve bir hastada da T (-)'liği mevcuttu. Diğer hastaların elektrokardiyogramları normaldi. Troponin üç (%25) hastada normal referans aralıklarının üzerinde idi. Diğer laboratuvar sonuçları; CK: 161.6±138.3 IU/L, CK-MB: 39.0±28.9 IU/L, Hb: 14.1±1.6 g/dL. Hastalara ait bazı klinik, radyolojik ve demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Hastalarımızın sekizinde (%66.7) Stanford Tip A, beşinde (41.7) De Bakey Tip 1 diseksiyon mevcuttu. Diseksiyon tipleri ile cinsiyetler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.5) (Tablo 2). Hastalarımızın 11'i (%91.7) bir başka sağlık kurumuna sevk edilirken bir (%8.3) hasta acil servisimizde hayatını kaybetmiştir.

Tartışma

Tanı araçlarının artmasıyla birlikte son yıllarda aort diseksiyonu sıklığında artışlar olmaktadır. Aort diseksiyonları genellikle kırk yaş

Tablo 1. Hastaların klinik, radyolojik ve demografik özellikleri

Hasta Karakteristikleri		N / Ort.	% / SS
Yaş		63.5	19.0
Nabız farkı		3	25.0
Mediasten genişliği		6	50.0
Ekoda flep görünümü		8	66.7
Cinsiyet	Kadın	4	33.3
	Erkek	8	66.7
Lab. Sonuçları	CK	161.6	138.3
	CK-MB	39.0	28.9
	Troponin (+)	3	25.0
	Hb	14.1	1.6
Şikâyetler	Göğüs ağrısı	6	50.0
	Sırt ağrısı	3	25.0
	Karın ağrısı	3	25.0
	Baş dönmesi	2	16.7
	Senkop	3	25.0
Sistolik TA	Sağ kol	126.1	36.1
	Sol kol	119.8	34.9
Diyastolik TA	Sağ kol	76.5	17.7
	Sol kol	72.5	16.0
De Bakey	Tip 1	5	41.7
	Tip 2	3	25.0
	Tip 3	4	33.3
Stanford	Tip A	8	66.7
	Tip B	4	33.3
Akıbet	Sevk	11	91.7
	Ölüm	1	8.3

Tablo 2. Diseksiyon tipleri ile cinsiyetin karşılaştırılması

Diseksiyon Tipi		Cinsiyet		p
		Erkek	Kadın	
De Bakey	Tip 1	5	0	0.1
	Tip 2	1	2	
	Tip 3	2	2	
Standford	A	6	2	0.4
	B	2	2	

üzeri hipertansif hastalarda görülür. Aort diseksiyonu gelişiminde en önemli risk faktörünün hipertansiyon olduğu bilinmektedir. Bunun yanında aort diseksiyonu erkeklerde aynı yaş kadınlara göre 2-3 kat daha sık görülür. Bu hastalığın 40 yaşın altında görülme ihtimali; aile öyküsü, biküspit aort kapağı veya aort koarktasyonu gibi konjenital kalp hastalıkları, Marfan sendromu ve gebelik dışında nispeten nadirdir (8). Literatür ile uyumlu olarak hastalarımızın %91.7'si 40 ve üzeri yaşta idi. Erkeklerin sayısı bayanların sayısının iki katıydı. Çalışmamızda kırk yaş altında sadece bir olgu mevcuttu. Bu olguda ise risk faktörlerinden Marfan sendromu vardı. Diğer risk faktörlerinden hipertansiyon hikayesi ise sadece üç olguda mevcuttu.

Aort diseksiyonunun en sık görülen semptomu ani başlayan ve yarıcı karakterdeki göğüs ve sırt ağrısı ağrısıdır. Genellikle göğsün ön yüzünden başlayan ağrı, klasik olarak diseksiyonun aort boyunca ilerlemesi ile yayılım gösterir. Hastalar acil servise ayrıca boyun, sırt, her iki skapula arasında olan ağrı ile de başvururlar. Bunun dışında anksiyete, senkop yüksek tansiyon, hemiparezi, hemipleji, disfaji, ayak ağrısı gibi atipik yakınmalarla da karşımıza çıkabilmektedir (5, 9-12). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde acil servise en sık başvuru şikayetini göğüs ve sırt ağrısı oluşturmaktaydı. Klasik semptomlar olmadığı zaman hastanın tanısının konması gecikmekte, bu durum da mortalitede artışa yol açmaktadır (3). Akut aort diseksiyonuna sekonder oluşan serebral hipoperfüzyon nedeniyle ağrı algısının değişmesi ağrıyı tanımlamayı zorlaştırabilmektedir (13). Çalışmamızda aort diseksiyonu tanısı konulan olgulardan bir tanesi sağ ayakta uyuşukluk bir başka hasta ise kanlı idrar şikayetleri nedeniyle acil servisimize başvurmuştu. Her iki hastanın anamnez ve fizik muayeneleri derinleştirildiğinde ve sonrasında yapılan ekokardiyografilerinde flep görülmesi üzerine çekilen bilgisayarlı toraks tomografisi ile tanıları aort diseksiyonu olarak kesinleştirildi. Aort diseksiyonu hastaların buna benzer atipik şikayetler ile acil servislere başvurabilecekleri hatırlanmalıdır. Hekimlerin en büyük silahlarından olan anamnez ve fizik muayenenin tam yapılması tanıya ulaşılabilmenin vazgeçilmeyecek parametreleridir.

Aort diseksiyonunda her iki kol arasındaki nabız farkları, her iki kol arasındaki sistolik ve diyastolik kan basınç farkları görülebilir. Tutulum bölgesine göre değişik nörolojik semptomlar oluşabilir. Aort diseksiyonunda çekilen tele kardiyografide mediasten genişliği, ekokardiyografide ve tomografide flep görülebilir (14). Her iki kol arasında nabız farkı hastalarımızın sadece 1/4'ünde mevcuttu. Açıklın ve ark.'nın (14) yaptıkları çalışmada hastalarının %68.2'sinde tele kardiyografide mediasten genişlemesi ve %36.4'ünde ekokardiyografide flep görünümü varken bizim çalışmamızda hastaların yarısında mediasten genişliği, hastaların 2/3'ünde ise flep görünümü tespit edilmiştir. Anamnez ve fizik muayene sonucunda ön tanı olarak aort diseksiyonu düşünüldüğü takdirde tele kardiyografi ve acil ekokardiyografi kullanımının tanısallaşmada acil servis hekimlerine büyük kolaylıklar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda en sık De Bakey Tip 1 saptanırken bunu sırasıyla Tip 3 ve Tip 2 takip etmektedir. Açıklın ve ark.'nın (14) yaptıkları çalışmada 22 hastanın 10'unda Tip 1 diseksiyon görülürken Buket ve ark.'nın (15) çalışmasında akut aort diseksiyonu olan 14 hastanın 13'ünde Tip 1 diseksiyon tespit edilmiştir. Aynı şekilde bizde De Bakey sınıflamasına göre en sık Tip 1 olmak üzere sırasıyla Tip 3 ve Tip 2 diseksiyon tespit ettik. Standford Tip A diseksiyon ise çalışmalarda yaklaşık olarak %70 civarında görülmektedir (16, 17). Benzer olarak bizde %66.7 oranında Standford Tip A diseksiyon tespit ettik. Aynı çalışmada aort diseksiyonu hastalarının %89.4'üne kontrastlı toraks tomografisi ile tanı koyarken bizim çalışmamızda ise hastaların tümüne tomografi ile tanı konuldu.

Yeşilaras ve ark.'nın (16) yaptığı çalışmada hastalarının %89.4'ü hastaneye yatırılırken, %2.1'i acil serviste hayatını kaybetmiş, %8.5'i ise başka bir sağlık kurumuna sevk edilmiş. Bizim çalışmamızda ise hiçbir hasta yatırılmamış olup, %91.7'si başka bir sağlık kurumuna sevk edilmiş ve %8.3'ü ise acil serviste hayatını kaybetmiştir. Hastalarımızın yatırılmamış olmasının ve sevk oranının yüksek olmasının nedenini hastanemizde bir dönem kardiyovasküler cerrahi bölümünün olmamasına bağlamaktayız.

Yağmur ve ark. (18) tarafından yapılan bir çalışmada, otopsi sonucu tespit ettikleri disekan aort anevrizması rüptürü üç olgudan 2'sinin öncesinde hastaneye başvurdıkları ve sonrasında taburcu edildikleri öğrenilmiş. Yüksek Sağlık Şurasının hekim hataları ile ilgili olarak verdiği kararlarda, genel olarak ayrıntılı değerlendirme yapılmadan konulan yanlış tanılardan dolayı hekimlerin kusurlu olduğu bildirilmektedir (19).

Çalışmamızın limitasyonları arasında olgu sayısının az olması, sevk edildikten sonra hastaların akıbetleri hakkında bilgi sahibi olunmamasıdır.

Sonuç olarak, tanısı zor konulabilen hastalıklardan biri olan aort diseksiyonundan klinik şüphe halinde acil serviste hasta başı yapılacak ekokardiyografinin tanıya ulaşmada acil hekimlerine büyük kolaylıklar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- Mukherjee D, Eagle KA. Aortic dissection-an update. *Curr Probl Cardiol* 2005; 30: 287-325. [\[CrossRef\]](#)
- Hirst AE Jr, Johns VJ Jr, Kime SW Jr. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine (Baltimore)* 1958; 37: 217-79. [\[CrossRef\]](#)
- Park SW, Hutchison S, Mehta RH, Isselbacher EM, Cooper JV, Fang J, et al. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 1252-7. [\[CrossRef\]](#)
- Knight B. The Pathology of Sudden Death. In: *Forensic Pathology*. 2nd. Edition 1996. Great Britain by The Bath Pres. Page: 505-6.
- Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 2000; 283: 897-903. [\[CrossRef\]](#)
- Behera C, Rautji R, Lalwani S, Dogra TD. Sudden death due to aortic rupture while swimming - A case report. *J Indian Acad Forensic Med* 2008; 30: 79-81.
- Güven FMK, Korkmaz İ, Doğan Z, Döleş KA, Eren ŞH. Akut Aort Diseksiyonu: Atipik Başvurular. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2009; 9: 79-83.

8. De Bakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, Howell J, Noon GP, et al. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: twenty year follow-up of five hundred twenty seven patients treated surgically. *Surgery* 1982; 92: 1118-34.
9. Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW, Tajik AJ, Edwards WD, Schaff HV, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 642-51.
10. Nallamothu BK, Mehta RH, Saint S, Llovet A, Bossone E, Cooper JV, et al. Syncope in acute aortic dissection: diagnostic, prognostic, and clinical implications. *Am J Med* 2002; 113: 468-71. [\[CrossRef\]](#)
11. Suzuki T, Mehta RH, Ince H, Nagai R, Sakomura Y, Weber F, et al. International Registry of Aortic Dissection. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). *Circulation* 2003; 108: 312-7. [\[CrossRef\]](#)
12. Korkut S, Çıkman M, Kandış H, Karapolat S, Güneş H. Acil Serviste Ayak Ağrısının Nadir Bir Sebebi: Aort Diseksiyon Olgusu. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2: 22-4.
13. Vuckovic SA. An unusual presentation of ascending aortic arch dissection. *J Emerg Med* 2000; 19: 149-52. [\[CrossRef\]](#)
14. Açıkalın A, Satar S, Akpınar O, Kuvandık G, Sarı A, Kanadaşı M, ve ark. Aort Diseksiyonu: Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastalarda iki Yıllık Klinik Deneyim. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5: 32-5.
15. Buket S, Apaydın A, Hamulu A, Özbaran M, Aşkar F, Sakarya M, ve ark. Akut Aort Diseksiyonlarında Cerrahi Tedavi. *GKD Cer Derg* 1995; 3: 147-52.
16. Yeşilaras M, Sönmez N, Karcıoğlu Ö, Topaçoğlu H, Aksakallı S, Bayram B. Acil Serviste Aort Diseksiyonu Tanısı Almış Olan Hastaların Klinik Özelliklerinin Tanımlanması: Olgu Serisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006; 6: 1-6.
17. Yüksel A, Erdur B, Türkcüer İ, Aydın B, Tura P. Acil serviste rüptüre olmamış aort anevrizma ve diseksiyonlarının değerlendirilmesi: olgu serisi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2008; 7: 17-20.
18. Yağmur F, Din H, Özbek A, Kaya M. Dissekan Aort Anevrizması Rüptürüne Bağlı Ani Ölüm: Üç Olgu Sunumu. *Düzce Tıp Dergisi* 2010; 12: 68-71.
19. Tuğcu H, Öngürü Ö, Özaslan A, Ulukan MÖ, Celasun B. Dissekan Aort Anevrizması Rüptürüne Bağlı Bir Ani Ölüm Olgusu. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003; 45: 371-5.