

Olgu sunumu:

Bacak ağrısıyla karakterize akut aort diseksiyonu

Feride Sinem Akgün¹, Muhammet Gökhan Turtay¹, Olcay Murat Dişli², Hakan Oğuztürk¹,
Metin Doğan³

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Acil Tıp, ²Kalp ve Damar Cerrahisi ve ³Radyoloji Anabilim Dalları, Malatya

Amaç: Klasik olarak aort diseksiyonu ani, şiddetli, yırtıcı göğüs, sırt, bel ve karın ağrısı ile karakterizedir. Akut aort diseksiyonlarının sadece alt ekstremitte iskemik semptomlarıyla ortaya çıkması nadir bir durumdur. **Olgu sunumu:** Altmışdokuz yaşında sağ bacakta ağrı nedeni ile acil servisimize başvuran ve akut aort diseksiyon tanısı alan erkek hasta sunuldu. **Sonuç:** Aort diseksiyonu tanının konması gecikir veya atlanırsa ölümcül sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle alt ekstremitte iskemisiyle başvuran hastalarda bu tanı akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Acil servis, aort diseksiyonu, bacak ağrısı

Acute aortic dissection characterized with leg pain

Objective: Classically, aortic dissection presents as sudden, severe pain in the chest, back, or abdomen that is ripping or tearing in nature. **Case report:** In this case report, we aimed to present a 69 years old male patient admitted to our emergency department due to pain in the right leg and took the diagnosis to acute aortic dissection. **Conclusion:** Aortic dissections that present only with symptoms of lower extremity ischemia are unusual. When this diagnosis is delayed or missed, frequently results in a fatal outcome. Therefore it should be considered in patients applied with acute lower extremity ischemia.

Key words: Emergency department, aortic dissection, leg pain

Genel Tıp Derg 2011;21(4): 155-157

Akut aort diseksiyonları, ölümlü sonuçlanabilecek acil kardiovasküler durumlardandır. Genellikle ileri yaşlarda daha sık görülmekle birlikte erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür (1). Hastalığın gelişimindeki en önemli risk faktörü kontrolsüz hipertansiyondur. Kardiak tamponad, hipovolemik şok, inme ve miyokard infarktüsü ölümcül komplikasyonlarıdır. Perikardiyal, torasik ya da abdominal kaviteye rüptür olabilir (2). Aort diseksiyonları Stanford sınıflandırılmasına göre ikiye ayrılmaktadır (Tip A'da asendan aorta etkilenirken Tip B'de asendan aorta etkilenmez) (3).

Stanford sınıflamasının tedavi açısından pratik sonuçları bulunur. Stanford Tip A diseksiyonları için acil cerrahi endikasyonu vardır. Tip B'de ise medikal tedavi ile kan basıncı kontrolü ön plandadır, cerrahiye aortik rüptür ve iskemik semptomların ortaya çıkması durumunda başvurulur.

Bu hastalar daha çok yırtıcı tarzda göğüs ve sırt ağrısı ile karşımıza çıkabileceği gibi atipik şikayetlerle de acil servise başvurabilirler. Bu atipik bulguları; hiç ağrı olmaması ya da bazı kardiak, nörolojik ya da ekstremitte iskemisi bulgularının varlığı şeklinde görebiliriz (1,4). Alt ekstremitte iskemik tablosuyla ortaya çıkan aort diseksiyonu nadir ve sıklıkla atlanan bir tablodur. Bu olgu, acil servise bacak ve bel ağrısıyla başvuran hastalarda altta yatan hastalığın aort diseksiyonu olabileceğine dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Gönderim Tarihi: 16.08.2011

Kabul Tarihi: 04.12.2011

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr.Muhammet Gökhan Turtay, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Acil Tıp Anabilim Dalı 44280 Malatya

E-posta: mgturtay@hotmail.com

Olgu sunumu

Altmış dokuz yaşında erkek hasta acil servise bel ve sağ bacak ağrısı ile başvurdu. İlk başvurduğu hastanenin acil servisinde yapılan tetkiklerinde ciddi bir patoloji saptanmamasına rağmen hastanın genel durumunun kötü olması nedeniyle ileri tetkik amaçlı hastanemiz acil servisine sevki yapıldığı öğrenildi. Koopere, oryante olan hastanın acil servisimizde yapılan muayenesinde sağ alt ekstremitede motor kayıp ve soğukluk mevcuttu, sağ alt ekstremitede nabızlar zayıf olarak palpe edilebiliyordu. Her iki akciğer bazalinde ince raller duyuldu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Sağ üst ekstremitate TA: 103/71 mmHg, sol üst ekstremitate TA: 132/95 mmHg, N:78/dk idi. Çekilen elektrokardiyogramda (EKG): D1, aVL, V2, V3, V4'de 1 mm ST elevasyonu; D2, D3, aVF'de 2 mm ST depresyonu mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde kardiak enzim düzeyleri normal olmasına karşın EKG değişikliği nedeniyle kardioloji konsültasyonu istendi ve yapılan transtorasik ekokardiyografide (EKO), diseksiyon flebi görüldü. Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde, arcus aortadan başlayıp sağ iliak artere kadar uzanan diseksiyon flebi izlendi (Şekil 1,2).



Şekil 1. Aksiyal tomografide sağda iliak arteri boydan boya tutan diseksiyona ait yalancı lümen



Şekil 2. Sagittal tomografide arcus aortadan başlayıp abdominal aortayı tutan diseksiyona ait yalancı lümen

Stanford tip A aort diseksiyonu saptanan hastamız kalp damar cerrahisi konsültasyonu sonrasında acil ameliyata alındı. Cerrahi sonrasında sorunsuz bir postoperatif dönem geçiren hasta taburcu edildi. On iki hafta sonraki kontrolde alt ekstremitate fonksiyonlarının tamamen korunduğu ve dolaşım problemi olmadığı gözlemlendi.

Tartışma ve sonuç

Aort diseksiyonunda, intima ve media tabakaları arasında kan akımına neden olan longitudinal yırtılmalar görülmektedir. Gerçek ve yalancı lümenler arasındaki yırtılma aortik rüptüre yol açabilir. Masif kan kaybı, vital organ iskemik hasarı ve ölüm görülebilir. Aort diseksiyonunda erken teşhis ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Diseksiyonun görülme sıklığı hipertansiyonda, konnektif doku hastalığında ve aortik media tabakasını etkileyen hastalıklarda artar (5). Çoğu zaman atipik şikâyetlerle başvuran aort diseksiyonlu hastalarda ayırıcı tanı yapılabilmesi oldukça zordur. Bu sebeplerden dolayı akut aort diseksiyonları, acil doktorlarının tanı atlamaktan korktukları hastalıkların başında gelir. Hastamızın şiddetli sağ bacak ağrısıyla başvurması ve tipik aort diseksiyon bulguları olmaması ilk planda akut aort diseksiyonu tanısını akla getirmemiştir.

Acil serviste çalışılan rutin laboratuvar tetkikleri akut aort diseksiyonu ayırıcı tanısında klinisyene çok fazla yardımcı olmaz. Bizim olgumuzda da kan tahlillerinde şüphe uyandıracak anormal sonuçlar yoktu. Her ne kadar hastanın sağ ve sol kol arasında tansiyon arteriel basınç farkı olsa da çok spesifik bir bulgu olmadığından EKG'deki değişiklikler nedeniyle ilk planda aort diseksiyonundan daha fazla ön tanıda koroner arter hastalığı düşünülerek kardioloji konsültasyonu istendi ve sonrasında hastanın EKO tetkiki yapılarak diseksiyon flebi saptandı.

Akut aort diseksiyonu, noninvaziv tanıdaki belirgin ilerlemelere rağmen çoğunlukla ölümcüldür. Doğru ve erken tanı ölüm oranını büyük ölçüde azaltmaktadır. Hastalığın tanısında aortografi, manyetik rezonans görüntüleme, transtorasik ve transözefagiyal EKO ve dinamik bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır (4-6). Hastamızda başvuru sırasındaki şikâyetler aort diseksiyonunun tipik klinik bulgularını içermemekteydi. Olgumuzda

transtorasik EKO ile çıkan aortada diseksiyon flebi tespit edilmesi üzerine çekilen bilgisayarlı tomografide, aort kökünden başlayıp sağ iliak artere kadar uzanan diseksiyon hattı saptandı.

Aort diseksiyonlarında yalancı lümenin basısı neticesinde oklüzyona bağlı iskemik ve nörolojik sorunlar da oluşmaktadır (3,6). Aort diseksiyonu olgularında % 5-10 oranında serebral infark görülebilir (7,8). Buna ek olarak, inme dışında serebral perfüzyon bozukluğu nedeniyle bilinç durumu değişikliği, senkop, spinal kanal veya periferik sinirlerin beslenmesinin bozulması nedeniyle parezi, pleji gibi nörolojik bulgular görülebilir (7-9).

Cerrahi tedavide; assenden aorta greft replasmanı, cerrahi fenestrasyon, Bentall ve David prosedürleri, femoro-femoral, aksillo-femoral ve aorto-femoral bypass yaklaşımları seçeneklerdir (10). Hastamıza cerrahi tedavi yöntemi olarak assendan aort + hemiarke greft replasmanı uygulanmıştır.

Acil servise bacak ve bel ağrısıyla başvuran alt ekstremité iskemisi saptanan hastalarda ölümcül bir tabloyla seyreden akut aort diseksiyonları tanısı akılda tutulmalıdır. Klinik şüphe durumunda gerekli tetkikler zaman geçirilmeden yapılmalı ve tanı

konulmasında geç kalındığında mortalitenin artacağı akıldan çıkarılmamalıdır.

Kaynaklar

1. Donovan EM, Seidel GK, Cohen A. Painless aortic dissection presenting as high paraplegia: A case report. Arch Phys Med Rehabil 2000;8:1436-8.
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insights into an old disease. JAMA 2000;283:897-903.
3. Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. Lancet 2008;372:55-66.
4. Farina GA, Kwiatkowski T. Aortic dissection. Prim Care Update Obs Gyns 2003;10:161-6.
5. Afnán J, Shipolini A, Kyriakides C. A rare case of type A aortic dissection presenting as acute lower limb ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg 2004;27:563-4.
6. Serinken M, Erdur B, Türkcüer İ, Ergün N, Karcıoğlu Ö. Senkop ve bradikardi ile başvuran ağrısız aort diseksiyonu. Türk Acil Tıp Derg 2008;8:37-41.
7. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnosis, and management perspectives of aortic dissection. Chest 2002;122:311-8.
8. Tuna H, İzgi A, Karadağ A, Yıldız M, Kokino S. Akut aort anevrizma diseksiyonu sonrası gelişen parapleji: Bir olgu sunumu. Türk Fiz Tıp Reh Der 2004;50:54-5.
9. Demir CF, Artaş H. Sol kolda tekrarlayan monopleji kliniği ile başvuran spontan aort diseksiyonu: Bir olgu sunumu. Eurasian J Med 2007;39:151-3.
10. Nazari S, Salvi S, Aluffi A. Prosthesis for aortic arch substitution. Ann Thorac Surg 1997;64:1339-44.