

# OLGU 5

## Aort Koarktasyonuna Sekonder Hipertansiyon Olgusu

Orhan İNCE<sup>1</sup>

### Olgu Sunumu

41 yaşında erkek hasta, 4 yıldır hipertansiyon tanısı ile takip edilmekte ve karvedilol 25 mg, amlodipin 5 mg kullanırken tansiyon değerlerinin yüksek seyretmesi, halsizlik, boyundan başın arka kısmına uzanan ağrı ve eforla nefes darlığı şikayetleri ile kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Daha önce dahiliye, endokrinoloji, kardiyoloji ve nöroloji polikliniklerinde muayene olduğunu belirtti. Eski tetkikler incelendi. Biyokimya, tam idrar tahlili, hormonal tetkikler, renal arter doppler incelemeleri normaldi. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) hafif sol ventrikül hipertrofisi, hemogramda hafif anemi (hemogloblin:10.2 g/dL) gözleildi. Fizik muayenede nabız 80 atım/dk ve alt ekstremitelerde nabızları zayıf alınıyordu. Ateş 36,8°C, sağ kol tansiyon 160/95, sol kol 155/90, sağ bacak 110/60, sol bacak 105/60 mmHg idi. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Sonrasında elektrokardiyografi, akciğer grafisi, TTE ve kontrastlı toraks-abdomen bilgisayarlı tomografik anjiyografi planlandı.

### Klinik Değerlendirme ve Tanı

Hastanın elektrokardiyografisinde sinüs ritmi, sol ventrikül hipertrofisi bulguları mevcuttu. Akciğer grafisinde kostalarda çentiklenme ve “3” bulgusu gözleildi (Şekil-1). TTE; parasternal uzun eksen pencerede sol ventrikül hipertrofisi, suprasternal pencerede, torasik desendan aortada renkli doppler ile türbülant akım, sürekli dalga doppler ile 32 mmHg ortalama gradiyent saptandı. Ayrıca hastanın kardiyak bilgisayarlı tomografisi (KBT) ve 3-boyutlu rekonstrüksiyon görüntüsünde torasik desendan aortada ciddi darlık, asendan aort dilatasyonu (40 mm), desendan aortada post-stenotik hafif genişleme saptandı (Şekil-2a ve b). Hastanın biyokimyasında laktik dehidrogenaz 273 U/L (normal değer:

<sup>1</sup> Uzm. Dr., SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drorhanince@gmail.com

nem morbidite nedenlerinden biri olarak devam eder. AoK düzeltilen hastaların yaklaşık %70'inde hipertansiyon devam eder. Aortta kompliyans azalması düzeltme işlemi sonrası halen devam etmektedir.

- Hastalara düzenli kontroller yapılmalı, tansiyon değerleri, muayene ve gerekirse ek tetkikler ile tekrar koarktasyon gelişip gelişmediği araştırılmalıdır. Bu hastalarda kalp yetersizliği, erken koroner arter hastalığı, serebral anevrizma ve inme sıklığı daha fazladır. Bundan dolayı primer koruma tedbirleri ve tedavileri bu grupta daha önemlidir. Ayrıca takiplerde bu hastalıklar ile ilgili semptom ve bulgular olup olmadığı incelenmeli ve gerekirse ek tetkikler yapılmalıdır.

### Özetle;

Özellikle genç hipertansif hastalarda AoK akla getirilmelidir. Klinik şüphe halinde tanıya yönelik testler yapılmalıdır. Tanıda altın standart olarak KBT ve KMR önerilmektedir. AoK'nun biküspid aort kapak, arkus aorta anomalileri, ventriküler septal defekt, mitral kapak anomalileri ve sub-aortik stenoz ile sık birlikteliği dikkate alınmalıdır. Hastaya düzeltme işlemi planlanıyorsa, öncesinde kateterizasyon ile koarktasyon bölgesinde tepe-tepe gradiyent farkı ölçülmelidir. Bu fark 20 mmHg ve üzerinde ise girişim endikasyonu bulunmaktadır. Önerilen tedavi yöntemi, eğer anatomi uygun ise transkateter kaplı stent uygulamasıdır. Ancak hastalar, cerrahi müdahale gerektirebilecek ek sorunlar (aort anevrizması, biküspid kapağa bağlı ileri aort kapak darlığı veya yetersizliği gibi) açısından dikkatli incelenmelidir. Tedavi sonrası hastaların %70'inde hipertansiyon devam etmektedir. Ayrıca AoK hastalarında erken koroner arter hastalığı, serebral anevrizma-inme, kalp yetersizliği riskinin fazla olduğu ve tekrar koarktasyon oluşabileceği akılda tutulmalıdır.

### Kaynaklar

1. Kenny D, Hijazi ZM. Coarctation of the aorta: from fetal life to adulthood. *Cardiol J*. 2011; 18: 487-95.
2. Teo LL, Cannell T, Babu-Narayan SV, Hughes M, Mohiaddin RH. Prevalence of associated cardiovascular abnormalities in 500 patients with aortic coarctation referred for cardiovascular magnetic resonance imaging to a tertiary center. *Pediatr Cardiol*. 2011;32: 1120-7.
3. Prisant LM, Mawulawde K, Kapoor D, Joe C. Coarctation of the aorta: a secondary cause of hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2004; 6: 347-52.
4. Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J*. 2021; 42: 563-645.
5. Lee MGY, Babu-Narayan SV, Kempny A, et al. Long-term mortality and cardiovascular burden for adult survivors of coarctation of the aorta. *Heart*. 2019; 105: 1190-1196.