

Serebrovasküler Olayı Taklit Eden Aort Disseksiyon Olgusu

35

Yaşar ÇATAL¹

GİRİŞ

Aort disseksiyonu nadir olarak görülen fakat tedavi edilmediği takdirde yüksek mortalite oranına sahip bir hastalıktır. Literatüre bakıldığı zaman aort disseksiyonunun insidansı 100.000'de 2-15 arasında değişmektedir(1-3). En güncel tedavilere rağmen hastane içi mortalite oranı %10 ila %58 arasında değişmektedir (4).

Aort disseksiyonunda hastaların büyük bir çoğunluğu göğüs ağrısından şikayet etmektedir (% 72.7) ve genellikle omuz arasına yansıyan, keskin, bıçak saplanır gibi ani başlangıçlı, şiddetli bir ağrı tarif edilmektedir(5).Göğüs ağrısından sonra en sık görülen semptom sırt ve karın ağrısıdır. Sırt ve karın ağrısı sırasıyla hastaların% 40 ve% 25'inde görülmektedir(6, 7). Diğer belirti ve semptomlar arasında aort yetmezliğiyle ilişkili olarak kalp yetmezliği ve şok bulguları, periferik nabız yokluğu, nefes darlığı, senkop, hemipleji, hemiparezi veya parapleji gibi semptomlar yer almaktadır(8).

Aort disseksiyonu, erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 2 kat daha sık görülmektedir. Fakat atipik prezentasyon ve gecikmiş tanı nedeniyle kadınlarda prognoz daha kötüdür. Ayrıca aort disseksiyonu insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Aort disseksiyonu başlangıcındaki ortalama yaş yaklaşık 65 yıldır. Aort disseksiyonu için risk faktörlerine baktığımız zaman ise hipertansiyon en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir ve aort disseksiyonu olan hastaların yaklaşık %80'inde hipertansiyon saptanmıştır. Diğer risk faktörleri arasında; 65 yaş üstünde olma,

¹ Uzm. Dr., Kayseri Devlet Hastanesi Acil Tıp Bölümü, yasarcatal44@gmail.com

Ekokardiyografide; intimal flep varlığı, intramural aortik hematoma varlığı, penetran aort ülseri varlığı, torasik aort dilatasyonu (herhangi bir seviyede çap \geq 4 cm), perikardiyal efüzyon, tamponad ve aort kapak yetmezliğinin görülmesi aort diseksiyonunu düşündürmelidir(30, 31). Diğer invaziv olmayan testler arasında bilgisayarlı tomografi anjiyografisi (BTA) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) bulunur. BTA veya MR, aortik arkta boyuna ve başa kadar tüm intrakraniyal vasküler yapıların değerlendirilmesini sağlar. Acil servislere yaygın kullanılabilirlik, hızlı uygulama, geniş ayırıcı tanı kapasitesi ve yüksek tanısal performans (sens% 98-100) nedeniyle BTA tanı koymak için ilk sırada yer alır. MR uzun süreli tarama süresi, sınırlı kullanılabilirlik ve ulaşım güçlüğü nedeniyle acil servis kullanımı için yetersizdir(14). Ayrıca laboratuvar testlerinden D-dimer düzeyi de SVO'yu aort diseksiyonundan ayırmada yararlı bir belirteç olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda D-dimer'in SVO'lu hastalarda yükselebildiği ancak aort diseksiyonu olan hastalarda D-dimer düzeyinin çok daha yüksek olduğu saptanmıştır(32, 33). Klinik öykü, fizik muayene bulguları, ultrasonografik görüntüleme sonuçları ve/veya D-dimer seviyesi yüksekliğine bağlı olarak aort diseksiyonundan şüphelenildiği durumlarda, hastaya derhal torakoabdominal aorta BTA çekilmelidir (29). Çekilen BTA sonucunda aort diseksiyonu tanısı konulan hastaların, gerekli medikal ya da cerrahi tedavisi için en kısa sürede kardiyovasküler cerrahi birimiyle iletişime geçilmelidir. Eğer hasta şok durumundaysa ya da Glaskow koma skala (Gks) skoru düşük ise hastanın genel durumu stabilize etmek tüm işlemlerde öncelikli olmalıdır.

SONUÇ

Aort diseksiyonu nadir olarak görülen ancak yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. Tipik acil servis başvurusu akut başlangıçlı şiddetli göğüs ağrısı ile karakterize olmakla birlikte, nörolojik semptomlar gibi farklı klinik belirtilerle başvurular olabilir. Nörolojik semptomu olan SVO şüpheli hastaların yaklaşık % 1'inde aort diseksiyonu olduğu hekimler tarafından akılda tutulmalı ve erken tanı için gerekli tetkikler yapılmalıdır. Aort diseksiyonunda mortaliteyi azaltmanın anahtarı da erken teşhis ve zamanında medikal ya da cerrahi tedaviye başlamak olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Reutersberg B, Salvermoser M, Trenner M, Geisbüsch S, Zimmermann A, Eckstein HH, et al. Hospital incidence and In-Hospital mortality of surgically and Interventionally treated aortic dissections: secondary data analysis of the nationwide German Diagnosis-Related group statistics from 2006 to 2014. *Journal of the American Heart Association*. 2019;8(8):e011402.
2. Landenhed M, Engström G, Gottsäter A, Caulfield MP, Hedblad B, Newton-Cheh C, et al. Risk profiles for aortic dissection and ruptured or surgically treated aneurysms: a prospective cohort study. *Journal of the American heart association*. 2015;4(1):e001513.

3. Wundram M, Falk V, Eulert-Grehn J-J, Herbst H, Thurai J, Leidel BA, et al. Incidence of acute type A aortic dissection in emergency departments. *Scientific Reports*. 2020;10(1):1-6.
4. 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(7):897-903.
5. Harris KM, Strauss CE, Eagle KA, Hirsch AT, Isselbacher EM, Tsai TT, et al. Correlates of delayed recognition and treatment of acute type A aortic dissection: the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2011;124(18):1911-8.
6. Klompas M. Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *Jama*. 2002;287(17):2262-72.
7. Trimarchi S, Tolenaar J, Tsai T, Froehlich J, Pegorer M, Upchurch G, et al. Influence of clinical presentation on the outcome of acute B aortic dissection: evidences from IRAD. *Journal of Cardiovascular Surgery*. 2012;53(2):161-8.
8. TCHANA-SATO V, SAKALIHASAN N, DEFRAIGNE J. La dissection aortique. *Revue Médicale de Liège*. 2018;73(5-6):290-5.
9. Clouse WD, Hallett JW, Schaff HV, Spittell PC, Rowland CM, Ilstrup DM, et al., editors. *Acute aortic dissection: population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture*. Mayo Clinic Proceedings; 2004: Elsevier.
10. Gawinecka J, Schönrrath F, von Eckardstein A. Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis. *Swiss medical weekly*. 2017;147:w14489.
11. Daily PO. Management of acute aortic dissections. *Ann Thorac Surg*. 1970;10:237-47.
12. De Bakey ME, Henly WS, Cooley DA, Morris Jr GC, Crawford ES, Beall Jr AC. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 1965;49(1):130-49.
13. Hirata K, Wake M, Takahashi T, Nakazato J, Yagi N, Miyagi T, et al. Clinical predictors for delayed or inappropriate initial diagnosis of type A acute aortic dissection in the emergency room. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141929.
14. Morello F, Santoro M, Fargion AT, Grifoni S, Nazerian P. Diagnosis and management of acute aortic syndromes in the emergency department. *Internal and emergency medicine*. 2020.
15. Silaschi M, Byrne J, Wendler O. Aortic dissection: medical, interventional and surgical management. *Heart*. 2017;103(1):78-87.
16. Trimarchi S, Eagle KA, Nienaber CA, Pyeritz RE, Jonker FH, Suzuki T, et al. Importance of refractory pain and hypertension in acute type B aortic dissection: insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2010;122(13):1283-9.
17. Chan KK, Lai P, Wright JM. First-line beta-blockers versus other antihypertensive medications for chronic type B aortic dissection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(2).
18. Chiappini B, Schepens M, Tan E, Amore AD, Morshuis W, Dossche K, et al. Early and late outcomes of acute type A aortic dissection: analysis of risk factors in 487 consecutive patients. *European heart journal*. 2005;26(2):180-6.
19. Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet T, Suzuki T, Mehta RH, et al. Contemporary results of surgery in acute type A aortic dissection: The International Registry of Acute Aortic Dissection experience. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2005;129(1):112-22.
20. members ATF, Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*. 2014;35(41):2873-926.
21. Tsukube T, Hayashi T, Kawahira T, Haraguchi T, Matsukawa R, Kozawa S, et al. Neurological outcomes after immediate aortic repair for acute type A aortic dissection complicated by coma. *Circulation*. 2011;124(11_suppl_1):S163-S7.
22. Zimpfer D, Czerny M, Kettenbach J, Schoder M, Wolner E, Lammer J, et al. Treatment of acute type A dissection by percutaneous endovascular stent-graft placement. *The Annals of thoracic surgery*. 2006;82(2):747-9.
23. Tsai TT, Trimarchi S, Nienaber C. Acute aortic dissection: perspectives from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2009;37(2):149-59.
24. Meszaros I, Morocz J, Szlavi J, Schmidt J, Tornoci L, Nagy L, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest*. 2000;117(5):1271-8.
25. Gaul C, Dietrich W, Friedrich I, Sirch J, Erbguth FJ. Neurological symptoms in type A aortic dissections. *Stroke*. 2007;38(2):292-7.
26. Sakamoto Y, Koga M, Ohara T, Ohyama S, Matsubara S, Minatoya K, et al. Frequency and detection of Stanford type A aortic dissection in hyperacute stroke management. *Cerebrovascular Diseases*. 2016;42(1-2):110-6.

27. Iguchi Y, Kimura K, Sakai K, Matsumoto N, Aoki J, Yamashita S, et al. Hyper-acute stroke patients associated with aortic dissection. *Internal Medicine*. 2010;49(6):543-7.
28. Meredith EL, Masani ND. Echocardiography in the emergency assessment of acute aortic syndromes. *European Journal of Echocardiography*. 2009;10(1):i31-i9.
29. Koga M, Iguchi Y, Ohara T, Tahara Y, Fukuda T, Noguchi T, et al. Acute ischemic stroke as a complication of Stanford type A acute aortic dissection: a review and proposed clinical recommendations for urgent diagnosis. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2018;66(8):439-45.
30. Via G, Hussain A, Wells M, Reardon R, ElBarbary M, Noble VE, et al. International evidence-based recommendations for focused cardiac ultrasound. *J Am Soc Echocardiogr*. 2014;27(7):683.e1-e33.
31. Labovitz AJ, Noble VE, Bierig M, Goldstein SA, Jones R, Kort S, et al. Focused cardiac ultrasound in the emergent setting: a consensus statement of the American Society of Echocardiography and American College of Emergency Physicians. *Journal of the American Society of Echocardiography*. 2010;23(12):1225-30.
32. Akutsu K, Sato N, Yamamoto T, Morita N, Takagi H, Fujita N, et al. A rapid bedside D-dimer assay (cardiac D-dimer) for screening of clinically suspected acute aortic dissection. *Circulation Journal*. 2005;69(4):397-403.
33. Okazaki T, Yamamoto Y, Yoda K, Nagahiro S. The ratio of D-dimer to brain natriuretic peptide may help to differentiate between cerebral infarction with and without acute aortic dissection. *Journal of the neurological sciences*. 2014;340(1-2):133-8.