

8

Aort Diseksiyonu

Prof. Dr. Mary Nan Mallory
Asc. Prof. Daniel Jude O'Brien
Dept of Emergency Medicine
University of Louisville

Aort disseksiyonu (AD) aort iç duvarında defekte neden olan yırtılma kuvveti ile meydana gelen damar içi basıncın damar katları arasında ayrılarak kanın yayılmasını sağlayan durumdur. Aort diseksiyonunun belirlenmesi farklı başvuru özellikleri ve morbidite mortalite yüksek oranı nedeniyle acil doktoru için tanısal olarak zorlayıcıdır. AD'nun değerlendirilmesinde öykü ve fizik bakı genellikle yetersiz olduğu için kesin tanı görüntüsel çalışmada diseke olan damarın iç flep ve yalancı lümenin izlenmesi ile belirlenir. Düz filmler yüksek sensitif olmasa da sıklıkla ilk görüntülemedir ve genellikle daha belirleyici bir test olan kontrastlı komputere tomografi (KT) bunu izler. Doktor tarafından uygulanan hastabaşı ultrasonu AD' nin ilk değerlendirmesinde hızlı, girişimsel olmayan görüntüleme aracıdır.

Giriş

Aort Diseksiyonu ortalama yaş 65.7 ve erkek/kadın oranı 1.55 ile 1 olacak şekilde yılda her 100.000 olguda 2.9 sıklığa sahiptir ¹. Hastaların %96 gibi büyük çoğunluğu ani başlayan ciddi ağrıdan bahseder². Ağrının karakter ve yeri farklılık gösterir, keskin ya da parçalayıcı olarak belirtilebilir ve sırta yayılabilir. Anterior göğüs ağrıları sıklıkla asendan aort ya da aort arkını içeren diseksiyonlar ile birliktedir. Desendan aortayı içeren disseksiyonu olan hastalar yalnız

sırt ağrısından yakınabilir. Senkop, kalp yetmezliği ya da serebrovasküler olay (SVO) bulgularını içeren diğer kalp ile ilgili ya da nörolojik semptomlarda olabilir. Travmaya bağlı olmayan aort diseksiyonu hipertansiyon ile yakın ilişkilidir, ama Marfan sendromu gibi konnektif doku bozuklukları ile ilişkili olabildiği gibi, biküspit aort kapağı, Turner sendromu, gebelik, tersiyer sifiliz ve kokain suistimali gibi diğer durumlar ile de ilgili olabilir ³.

Diseksiyonda başlatan olay artan damar içi basınç ve bunu izleyen biçim güç ya da bağ doku disfonksiyonuna bağlı olarak damarsal endotel dayanıksızlığa ikincil tunika intimanın yapısal bozulmasıdır. Yüksek arter içi basınçları, hem distali (ileriye doğru) hem de proksimali (geriye doğru) yol oluşturarak arter boyunca kan ile yalancı lümen oluşturarak ya da kanın damar iç kat yırtığı ile medial katına doğru yayılarak diseke edebilir. Sol subklavian, karotis, brakiyosefalik ve renal arterlerin yanı sıra çölyak trunkus ve diğer küçük dalları içeren aort dallarını da etkileyebilir⁴.

Tedavi edilmeyen hastaların çoğu major arter dallarında obstrüksiyon, akut aort yetmezliği ya da aort rüptürü komplikasyonlarından ölür . Diseksiyonlar sıklıkla ya De Bakey ya da en sık ve güncel olarak Stanford sistemleri ile sınıflandırılır. A Stanford Tip A diseksiyonu asendan aortanın herhangi bir parçasını ya da sol subklavian arterin proksimalinde aort arkını içerir. Tip B diseksiyonu desendan arter ile sınırlıdır.

yakın olguları içeren seçilmiş Tip B disseksiyonlarda da endikedir. Tip A disseksiyonlarının cerrahi yaklaşımının yaşamda kalımda yararı gösterilmiştir, halbuki Tip B için cerrahi ve medikal yaklaşımlar ile aşağı yukarı yakın sonuçlar bulunmuştur ¹⁷.

Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Betül Güllalp

Kaynaklar

1. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L, Szép L. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest*. 2000;117:1271-8.
2. Slater EE, DeSanctis RW. The clinical recognition of dissecting aortic aneurysm. *Am J Med*. 1976;60:625-33.
3. Divakaran V, Mungee S, Saliccioli L, Clark L. Bedside ultrasound diagnosis of aortic dissection in a cocaine abuser. *Euro J Internal Med*. 2007;18:595-6.
4. Anagnostopoulos CE, Prabhar MJS, Kittle CF. Aortic dissection and dissecting aneurysms. *Am J Cardiol* 1972;30:263-27.
5. Sakamoto K, Yamamoto Y, Okamatsu H, Okabe M. D-dimer is helpful for differentiating acute aortic dissection and acute pulmonary embolism from acute myocardial infarction. *Hellenic J Cardiol*. 2011;52:123-7.
6. Shimony A, Filion KB, Mottillo S, Dourian T, Eisenberg MJ. Meta-analysis of usefulness of d-dimer to diagnose acute aortic dissection. *Am J Cardiol*. 2011;107:1227-34.
7. Suzuki T, Distant A, Eagle K. Biomarker-assisted diagnosis of acute aortic dissection: how far we have come and what to expect. *Curr Opin Cardiol*. 2010;25:541-5.
8. Suzuki T, Trimarchi S, Sawaki D, Grassi V, Costa E, Rampoldi V, Nagai R, Eagle K. Circulating transforming growth factor-beta levels in acute aortic dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:775
9. Hartnell G. Imaging of Aortic Aneurysms and Dissection: CT and MRI. *Jour Thoracic Imaging*. 2001;16:35-46.
10. Bansai RC, Chandrasekaran K, Ayala K, Smith DC. Frequency and explanation of false negative diagnosis of aortic dissection by aortography and transesophageal echocardiography. *Jour Amer Col Cardiol*. 1995;25:1393-1401.
11. Niebaber CA, Spielmann RP, von Kodolitsch Y, et al. Diagnosis of thoracic aortic dissection. Magnetic resonance imaging versus transesophageal echocardiography. *Circulation*. 1992;85:434-47.
12. Budhram G, Reardon R. Diagnosis of ascending aortic dissection using emergency department bedside echocardiogram. *Acad Emerg Med*. 2008;15:584.
13. Fojtik JP, Costantino TG, Dean AJ. The diagnosis of aortic dissection by emergency medicine ultrasound. *J Emerg Med*. 2007;32:191-6.
14. Perkins AM, Liteplo A, Noble VE. Ultrasound diagnosis of Type A aortic dissection. *J Emerg Med*. 2010;18:490-3.
15. Williams J, Heiner JD, Perreault MD, McArthur TJ. Aortic dissection diagnosed by ultrasound. *West J Emerg Med*. 2010;11:98-9.
16. Rosenberry C, Ball V. False positive aortic dissection on abdominal ultrasound. *West J Emerg Med*. 2010;11:110-1.
17. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights from an old disease. *JAMA*. 2000 Feb 16;283(7):897-903.