

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

İSKEMİK İNME İLE PREZENTE OLAN AORT DİSEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Çetin Kürşad AKPINAR*, Hakan DOĞRU**

***Vezirköprü Devlet Hastanesi Nöroloji Servisi, SAMSUN**

****Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, SAMSUN**

ÖZET

Aort diseksiyonu (AD) aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu kanın aort duvarı içerisine dolmasıdır. En tipik bulgu yırtılır tarzdaki şiddetli göğüs ağrısıdır. Bazı olgular atipik bulgular gösterip, tanı da gecikmeye neden olabilmektedir. Ekokardiyografi (EKO) AD tanısında kullanılan non-invaziv kolay ulaşılabilen bir tetkiktir. AD tedavisi acil cerrahidir ve tanı ile tedavideki gecikme mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bu yazıda iskemik inme ile prezente olan nadir bir aort diseksiyon olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Aort diseksiyonu, ekokardiyografi, iskemik inme.

AORTIC DISSECTION PRESENTING WITH ISCHEMIC STROKE: A CASE REPORT

ABSTRACT

An aortic dissection (AD) is the accumulation of blood in the wall of the aorta on account of a tear in the aort intima. The most typical manifestation is a severe chest pain. Atypical findings might be present in in some cases and this might lead to delay in diagnosis. Echocardiography (ECHO) is a noninvasive and easily available technique used in the diagnosis of AD. AD requires urgent surgery and the delay in the diagnosis and the treatment results in high mortality.in this study an aortic case characterized with ischemic stroke is presented.

Key Words: Aortic dissection, echocardiography, ischemic stroke.

GİRİŞ

Aort diseksiyonu (AD) aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu kanın aort duvarı içerisinde birikmesidir. Başlıca klinik, yırtılır tarzındaki çok şiddetli göğüs ve/veya bel ağrısıdır. Aort dallarının tutulmasına bağlı olarak alt ekstremitelerde duyu ve motor değişiklikler, karın ağrısı, iki kol arası kan basıncı farklılıkları ve ani kan basıncı değişiklikleri de görülebilmektedir (1). Ağrı olmaması (%10 olguda) ya da bazı kardiak, nörolojik veya ekstremitte iskemisi bulgularının varlığı şeklinde atipik bulgularla da kendini gösterebilir (2). Ekstremitte nabızlarında farklılık vakaların %80'inde yoktur (3). Aort diseksiyonunun yıllık insidansı yaklaşık olarak milyonda 5-20'dir (4). Hastalık tüm yaş

gruplarında görülebilmeye karşın, olguların %75'i 40-70 yaş arasında ve sıklıkla erkektir (1). En sık etiyolojik neden hipertansiyondur (5). AD'lu olgular klasik semptomlar dışında nonspesifik semptomlarla hastaneye başvurdukları durumlarda tanı gecikmesi ve mortalite oranında artma görülmektedir (3). Asendan AD olguları cerrahi olarak tedavi edilmezse, mortalite her saat için %1-2 oranında artmaktadır. Cerrahi olarak tedavi edilenlerin mortalitesi ise %10 oranlarındadır. Bu nedenle tanıda klinik şüphe çok önemlidir ve noninvaziv görüntüleme yöntemleriyle kolaylıkla tanı konulabilmektedir (6). Bu yazıda iskemik inme ile prezente olan aort diseksiyon olgusu sunulmuştur.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Çetin Kürşad Akpınar, Vezirköprü Devlet Hastanesi Nöroloji kliniği, Samsun.

Tel: 0362 647 18 24 **E-posta:** soyder@superonline.com

Geliş Tarihi: 20.06.2014 **Kabul Tarihi:** 30.10.2014

Received: 20.06.2014 **Accepted:** 30.10.2014

Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir: Akpınar Ç. K, Doğru H. İskemik inme ile prezente olan aort diseksiyonu: Olgusu sunumu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2015; 21 (3): 200-203. doi: 10.5505/tbdhd.2015.41636.

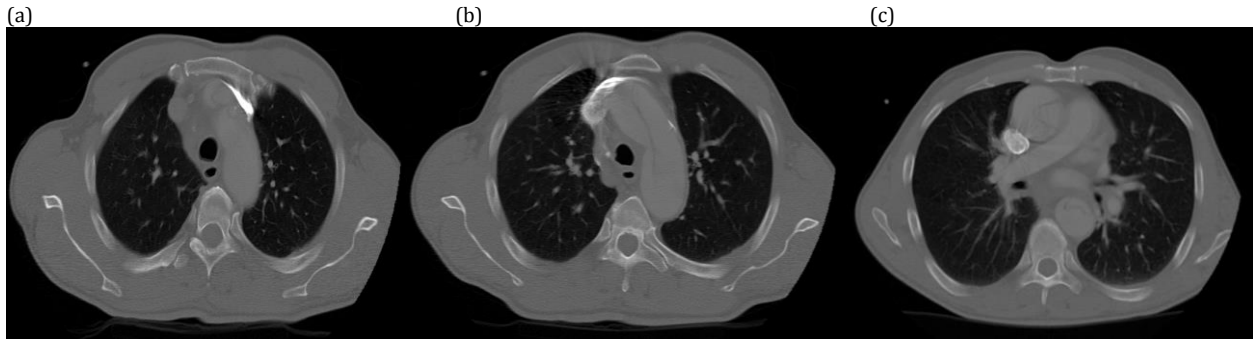
OLGU

Altmış yaşında erkek hasta gece başlayan sol kolda uyuşma ve görme kaybı yakınması ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen bir risk faktörü yoktu. Nörolojik bakışı, sol homonim hemianopsi ve sol koldaki hipoestezi dışında normaldi. Semptom başlangıcının 10. saatinde çekilen bilgisayarlı beyin tomografi (BT) de sağ oksipitalde akut infarktla uyumlu bulgu saptandı (Resim 1). Hasta iskemik inme tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı. Etiyoloji araştırması için transtorasik ekokardiyografi tetkiki hasta yatışından iki saat sonra yapıldı ve aort duvarında intimal flep görünümü saptandı. Kardiyoloji hekimi hastanın öyküsünden bel bölgesinde son bir gündür şiddetli ağrı olduğunu anamnezde saptamış ve iki kol arasında 20 mmHg'dan fazla tansiyon farkı olduğu tesbit edildi. Olgu AD ön tanısıyla ileri merkeze sevk edildi. Sevk edildiği hastanede çekilen toraks BT anjiyografide; arkus ve inen torasik aortada devam edip sağ suprarenal arter çıkışına kadar devam diseksiyon ile sağda brakiosefalik trunkus proksimalinde, sol subklavian çıkışında ve proksimalinde de diseksiyonun devam ettiği izlendi (Resim 2). AD tanısı kesinleşen hasta acil

olarak kalp damar cerrahisi tarafından ameliyata alındı. Tip 1 diseksiyonu ön tanısıyla opere olan hasta, operasyonun 10. gününde hastaneden taburcu edildiği öğrenildi.



Resim 1. Bilgisayarlı beyin tomografide sağ oksipital lob da hipodens alan.



Resim 2. Üst torakal düzeyden geçen aksiyal kontrastlı bilgisayarlı tomografi kesitinde, arkus (a) ve inen (b) torasik aortada ve sağ brakiosefalik trunkusta (c) intimal flebe ait hipodens görünüm.

TARTIŞMA

AD, kan basıncının yüksekliği ve aort duvarının yapısal anomalileri sonucu, aort intimasında meydana gelen yırtık ile kanın aort duvarının içine dolmasıdır (7). De Bakey ve arkadaşlarının sınıflandırması, en sık kullanılan sınıflama şeklidir. Buna göre proksimal aortadan başlayıp tüm aortayı tutan diseksiyonlar Tip I, sadece asendan aortayı tutanlar Tip II ve sadece desenden aortayı tutanlar ise Tip III AD'dur (8).

Bir çalışmada; olguların % 60'ında çıkan aort, % 10'unda arkus aorta ve % 30'unda inen aort da tutulum olduğu bildirilmiştir (9). Aort diseksiyonu olan 398 hastayı içeren diğer bir çalışmada, sadece 10 hasta da (%2,5) diseksiyon abdominal aortada sınırlı bulunmuştur (10). Abdominal diseksiyon, %50 hastada iliak veya femoral arterlere uzanım göstermektedir (11). Tanıda aortografi, manyetik rezonans görüntüleme, transtorasik veya

transözefagial ekokardiografi ve dinamik bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır. EKO da, aort çapının ölçülmesi, kapak anomalileri, intimal flebin tespiti, diseksiyon membranı ile gerçek ve yalancı lümenlerin ortaya konması ile AD tanısından şüphelenilir (12). Olgumuzda da non-invaziv bir tetkik olan ekokardiyografi ile AD tanısından şüphelenilmiştir. Hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, ateroskleroz, aort koarktasyonu, biküspid kapak, gebelik, torasik aort anevrizması, geçirilmiş aort cerrahisi, inflamatuvar ve infektif hastalıklar, iyatrojenik ve travmatik faktörler, genetik faktörler ve Marfan Sendromu risk faktörlerindedir (13). İntimal yırtığa bağlı damar içinde hematoma gelişen olgularda, iskemik inmenin mekanizması sıklıkla tromboembolizme, daha nadir olarak hemodinamik mekanizmaya bağlıdır (14). AD'nun Stanford'a göre sınıflamasında asendan aortun etkilendiği tip A, etkilenmediği tip B dir. Yapılmış çalışmalarda herhangi bir nörolojik komplikasyon tip A da %17, tip B'de %5 olarak bildirilmiştir (15). Operasyon öncesi hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda mortalite %30'larda iken, stabil olanlarda %15'dir (15). Suzuki ve arkadaşlarının tip B AD olgularını incelediği bir derlemede 384 olgunun, 10'unda (%3) spinal kord iskemisi, 8'inde (%2) iskemik periferik nöropati saptanmıştır. Gruplarda birer hastanın ex olduğu bildirilmiştir (16). Stewart Collins ve arkadaşlarının tip A AD olgularını incelediği bir derlemede 617 olgunun, 171'inde (%29) herhangi bir nörolojik komplikasyon saptanmıştır. Bu olguların 23'ünde kardiyak cerrahi öyküsü varken, 148'inde yoktu (17). İnme özellikle proksimal aort lezyonlarında, parapleji ise distal lezyonlu olgularda spinal arterlerin tutulumu ile ortaya çıkar (% 2-8 oranında) (18). Aort diseksiyonu olgularında % 5-10 oranında serebral infarkt görülebilir (19). Literatürde olduğu gibi olgumuzdaki proksimal diseksiyon inmeye neden olmuştu. Cerrahi tedavide; asenden aorta greft replasmanı, cerrahi fenestrasyon, Bentall ve David prosedürleri, femoro-femoral, aksillo-femoral ve aorto-femoral bypass uygulanan cerrahi yöntemlerdir (20).

Sonuç olarak; iskemik inme ön tanılı olgularda ağrı gibi atipik bir bulgu varsa, ağrı dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. AD olgularında sol kolda uyuşma gibi atipik klinik bulgu ve diseksiyonun aort proksimaline

ilerlemesi sonucu kraniyal infarktlar saptanabilir. Anamnez ve muayenedeki eksiklik sonucu AD tanısı gecikebilecek iken EKO tetkiki ile AD'undan şüphelenilmiştir. AD şüphesi varsa, çoğu ilçe hastanesinde bulunan ve kolay ulaşılabilen ekokardiyografi tetkiki bir an önce yapılmalıdır. Her geçen saatin mortaliteyi artırabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Siegal EM. Acut Aort Dissection. J.Hospital Med.2006;1:94-105
2. Donovan EM, Seidel GK, Cohen A. Painless aortic dissection presenting as high paraplegia: A case report. Arch Phys Med Rehabil 2000;8:1436-8.
3. Mukherjee D, Eagle KA. Aqrt dissection an uptade. Curr Probl Cardiol 2005;30:287-325
4. Wheat MW, Jr. Acute dissecting aneurysms of the aorta: diagnosis and treatment. Am.Heartj1980;99:373-87.
5. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM ve ark. The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA 2000; 283: 897-903.
6. Crawford ES, Crawford JL, Safi HJ et al: Thoracoabdominal aortic aneurysms: preoperative and intraoperative factors determining immediate and long-term results of operations in 605 patients.J.Vasc.Surg1986;3:389-404
7. Robbins RC, McManus RP, Mitchell RS, Latter DR, Moon MR, 1. Olinger GN, et al: Manangment of patients with intramural hematoma of the Thoracic aorta. Circulation, suppl. II, 1993;88:1.
8. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, Howell 6. J, Noon GP. et al: Dissecting aneurysm of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patient treated surgically. Surgery 1982;92:1118.
9. Farina GA, Kwiatkowski T. Aortic dissection. Prim Care Update Obs Gyns 2003; 10: 161-6.
10. Farber A, Wagner WH, Cossman DV, Cohen JL, Walsh DB, Fillinger MF, et al. Isolated dissection of the abdominal aorta: clinical presentation and therapeutic options. J Vasc Surg 2002;36(2):205-10.
11. Porcellini M, Mainenti P, Bracale U. Endograft repair of spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection. J Vasc Surg 2005;41(1):155.
12. Penco M, Paparoni S, Dagianti A et al: Usefulness of transesophageal echocardiography in the assessment of aortic dissection. Am.J.Cardiol. 2000; 86: 53G-6G
13. Nistri S, Sorbo MD, Marin M et al: Aortic root dilatation in young men with normally functioning bicuspid aortic valves. Heart 1999; 82: 19-22
14. Morel A. Mechanism of ischemic infarct in spontaneous cervical artery dissection. Stroke 2012; 43:1354-1361.
15. Rampoldi V, Trimarchi S, Eagle KA, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) Investigators. Simple risk models to predict surgical mortality in acute type A aortic dissection: the International Registry of Acute Aortic Dissection score. Ann Thorac Surg 2007; 83: 55-61.
16. Suzuki T, Mehta RH, Ince H, et al. International Registry of Aortic Dissection (IRAD). 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 (suppl 1): II312-17.

Akpınar ve ark.

17. Collins JS, Evangelista A, Nienaber CA, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). Differences in clinical presentation, management, and outcomes of acute type a aortic dissection in patients with and without previous cardiac surgery. *Circulation* 2004; 110 (suppl 1): II237-42.
18. Zull DN, Cydulka R. Acute paraplegia: a presenting manifestation of aortic dissection. *Am J Med* 1988; 84: 765-70.
19. 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.
20. Nazari S, Salvi S, Aluffi A. Prosthesis for aortic arch substitution. *Ann Thorac Surg* 1997;64:1339-44.