

Genç Bir Hastada Göğüs Ağrısında Sizce İlk Ne Düşünülmelidir?

What Should Be Considered First in Chest Pain in a Young Patient?

Murat Günday

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Ankara

ÖZET

Bu olgu sunumunda üç gün önce göğüs ağrısı şikayeti başlayan, tanısı geciken, kliniğimizde tip 1 aort diseksiyonu tanısı alan hastanın başarılı bir şekilde yapılan tubuler greft implantasyonu ile tedavisi aktarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aort diseksiyonu, Genç, Göğüs Ağrısı

ABSTRACT

In this case report, the patient was diagnosed with type 1 aortic dissection that was diagnosed with chest pain three days before and was diagnosed as having delayed diagnosis, and the patient was successfully treated with tubular graft implantation.

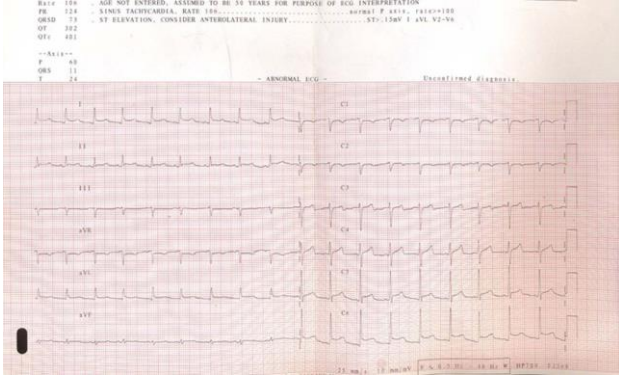
Key Words: Aortic dissection, Young, Chest Pain

Giriş

Aort diseksiyonu tanım olarak aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu intima ve media katlarının birbirinden ayrılması olarak tanımlanabilen oldukça katstrofik bir patolojidir. Elli yaş sonrası görülme sıklığı artar ve erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülür (1). Etiyolojide en sık neden hipertansiyondur (2). Bunun yanında ateroskleroz, Marfan sendromu, Ehler's Danlos Sendromu gibi konnektif doku hastalıkları, biküspit aort kapak, aort koarktasyonu gibi konjenital nedenler, kardiyak cerrahi, kalp kateterizasyonu gibi iyatrojenik faktörler ve gebelik durumlarında aort diseksiyonu gelişme riski artar (1). Mortalitenin saat başı %1-3 olması nedeniyle erken müdahale kaçınılmazdır (1,3,4). Bazen tanıda akut koroner sendrom ile karışır. Genç bir hasta için durum daha da karışabilir. Yanlışlıkla göğüs ağrısı, miyalji ya da başka bir nedene bağlanarak hasta evine gönderilebilir. Ve sonuç herkes için üzücü olabilir. En başta genç hastalar olmak üzere her göğüs ağrılı hastada tanı için uyanık olmak gereklidir. Biz de bu olgu sunumunda, konuya dikkat çekmek için, üç gün önce göğüs ağrısı başlayan ancak tanısı geciken akut DeBakey–Tip 1 aort diseksiyonlu genç bir hastaya yaptığımız başarılı cerrahi tedaviyi aktarmak istedik.

Olgu Sunumu

Kırk üç yaşında erkek hasta, üç gün önce başlayan, şiddetli, boyuna yayılan, 15-20 dakika süren göğüs ağrısı sebebiyle acil servisimize başvurdu. Hikayesinden üç gün önce invaziv kardioloji imkanı olmayan bir merkeze başvurduğu bu merkezde yapılan değerlendirme sonrası, hastanın akut koroner sendrom ön tanısıyla yatırıldığı ve hasta izleminde elektrokardiografi (EKG) değişikliği ve enzim yüksekliği olmadığı, hemodinamisinin stabil seyrettiği öğrenildi. Ancak yatışının 2. ve 3. günlerinde iki kere ventriküler fibrilasyon (VF) atağı gelişen ve kardiyopulmoner resusitasyon sonrası çekilen EKG'sinde lateral duvarda ST segment elevasyonu gözlenen hasta primer perkütan girişim için hastanemize yönlendirilmişti. Acil serviste hasta görüldü. Özgeçmişinde hastanın yaklaşık 10 yıldır hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın şuuru yarı açık, uykuya meyilli, cildi soluk ve terliydi. Taşikardik olan hastanın ölçülen arteriyel tansiyonu sağ kolda 75/45 mmHg, sol kolda 95/45 mmHg idi. Çekilen EKG'sinde akut inferolateral derivasyonlarda ST segment elevasyonu tespit edildi (Resim 1). Ancak hastanın kollar arasında tansiyon farkı ve şuur bulanıklığı olması sebebiyle hemen transtorasik ekokardiyografi (EKO) yapıldı. Yapılan EKO'da çıkan aorta 5,3 cm olarak ölçüldü. Aort kapak seviyesinin 1 cm üzerinden başlayan diseksiyon flebi izlendi. Ayrıca ikinci derece aortik kapak



Resim 1. EKG’de inferolateral derivasyonlarda ST elevasyonu görülmekte



Resim 2. Bilgisayarlı tomografide koronal kesitte diseksiyon flebi (ok)

yetmezliği ve kalbi çepeçevre saran 1 cm kalınlığında perikardiyal efüzyon saptandı. Flebin uzanımını görmek için kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Diseksiyon flebinin aort kapağı seviyesinden başlayıp sol subklavian artere kadar uzandığı gözlemlendi (Resim 2,3). Bu bulgular ışığında, hastanın perikarda açılmış tip 1 aort diseksiyonu olduğu ve flebin sağ koroner ostiumunu kapatması sebebiyle EKG değişikliklerinin oluştuğu anlaşıldı. Derhal kalp damar cerrahisi tarafından ameliyata alınan hastaya genel anestezi altında median sternotomi yapıldı. Perikardın içi defibrine kan ile doluydu. Aspiratör ile boşaltıldı. Ardından aorta-sağ atrial two-stage venöz kanül ile kanülasyon yapıldı. Kardiopulmoner bypassa başlandı. Kros klemp ve kardiopleji sonrası aortotomi yapıldı. Asendan aort proksimal kısmının sirkumferensiyel tarzda yırtılmış olduğu görüldü. Aortun diseke kısmı çıkartıldı. Asendan aortaya 30 mm çapında tubuler greft interpozisyonu uygulandı. İşlem sonrası yoğun bakıma alınan hasta postoperatif 6 saatte ekstübe edildi. Postoperatif üçüncü gün servise gönderilen hastanın takiplerinde yara yerleri temiz, vital fonksiyonları stabil seyretti. Hasta postoperatif altıncı gün medikal tedavisi (Metoprolol Süksinat 50 mg



Resim 3. Flebin transvers kesitte görünümü (ok)

tablet 2x1, Verapamil Hcl+Trandolapril 180/2 mg tablet 1x1, asetilsalisilik asit 150 mg tablet 1x1) düzenlenerek taburcu edildi. Hasta poliklinikten bir yıldır sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Tartışma

Aort diseksiyonunda en önemli belirti ağrıdır. Göğüste keskin, yırtılır tarzda hissedilir ve özellikle iskemiye bağlı ağrıdan ayırt edilmelidir. Çünkü bu hastalar uygunsuz trombolitik tedavi sonrası ölebilirler. Ağrının yeri diseksiyonun olduğu yer hakkında fikir verebilir. Göğüs ön yüzünde hissedilen ağrı büyük olasılıkla asendan aort diseksiyonunu, skapulalar arasında hissedilen ise desenden aort diseksiyonunu destekler. Ağrının yanında bulantı, kusma, senkop, paraparezi, parapleji gibi semptomlar görülebilir. Fizik muayenede; intimal flebin hareketine bağlı olarak nabızların açılıp kapanması aort diseksiyonu tanısı için çok önemlidir. İki kol arasında tansiyon arteriyelde fark da görülebilir.

Vakamızın, yanlış tanı alarak üç gün boyunca izlenmesi ve iki kez VF sonrası çekilen EKG’de yine yanlış tanıyla hastanemize gönderilmesi sonrasında diseksiyon tanısı alması ve başarılı tedavi sonrası taburcu edilebilmesi açısından farklı olduğunu düşünmekteyiz. Hastanın ilk başvurusunda muhtemel proksimal intima medya ayrılması sebebiyle göğüs ağrısı oluşmuş ancak flebin distale ilerlememesi sebebiyle klinik oturmamıştı. Ancak muhtemelen olayın sonrasında proksimal flebin koroner ostiumu kapatmasıyla oluşan iskemi veya proksimalde sınırlı diseksiyonun perikarda açılmasıyla ritm problemleri oluşmuş ve yapılan resüsitasyonlarla flebin tam ayrılması gerçekleşerek distale ilerlemiş ve tip 1 diseksiyon kliniğinin tam olarak oturmasına sebep olmuştur.

Tanıda transtorasik ve transözafajiyal ekokardiografi, manyetik rezonans anjiyografi, BT anjiyografi kullanılabilir. Bunların arasında BT anjiyografi en yaygın kullanılan tanı aracıdır. BT’nin intimal yırtılma

bölgesi, perikard effüzyonu, farklı anatomik lokalizasyonlarda gerçek ve yalancı lümen hakkında bilgi vermesi gibi avantajları mevcuttur (6). Anjiyografi kullanılabilir bir diğer yöntem olmakla birlikte akut vakalarda kullanılması çok uygun değildir. Bunun nedeni, invaziv bir yöntem olması, diseksiyon flebini işlem sırasında ilerletebilmesi ve kullanılan opak maddenin nefrotoksik olması gibi nedenler sayılabilir. (7,8).

Bu vakada da tekrar hatırladığımız gibi, göğüs ağrısı ile acil servise gelen her hastaya detaylı fizik muayene yapılması, her iki koldan tansiyon ölçümü ve hastanın şikayetlerinin detaylı sorgulanması çok önemlidir. Şüpheli şikayetleri olan hastalara mümkünse acil serviste ekokardiyografi yapılmalı ve katastrofik olabilecek tanı atlamalarının önüne geçilmelidir. Genç hastalarda durumun daha da önemli olduğunu düşünüyoruz. Mortalite ve morbidite açısından en tehlikeli olan aort diseksiyonu ilk başta düşünülüp tanı için gerekli girişimler bir an önce yapılmalıdır. Diseksiyon tanısı ekarte edildikten sonra diğer tanıları düşünülmalıdır.

Kaynaklar

1. Buket S, Yağdı T. Aort Cerrahisi. In: S Buket, Y Atay, T Çalkavur, O Sarıbulbul, A Alayunt, editors. Aort Diseksiyonları. 1.basım. İstanbul: Yüce Yayıncılık 2003; 133-198.
2. Chan KK, Rabkin SW. Increasing Prevalence of Hypertension Among Patients With Thoracic Aorta Dissection: Trends Over Eight Decades--A Structured Meta-analysis. *Am J Hypertens* 2014; 27(7): 907-917.
3. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, Howell J, Noon GP, et al. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patients treated surgically. *Surgery* 1982; 92(6): 1118-1134.
4. Özkan S, Koyuncu M, İpekci A, Avşaroğulları L, Dönmez H, Durukan P. Travmatik Aort Diseksiyonu: Olgu Sunumu. *Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi*. 2011; 2(1): 40-43.
5. Sarıtış A, Güneş H, Kandış H, Çıkman M, Çandar M, Korkut S, Kul C. Kliniğimize Başvuran Aort Diseksiyonlu Hastaların Geriye Dönük Analizi. *JAEM* 2011;10: 152-5.
6. Takami Y, Tajima K, Kato W, Fujii K, Hibino M, Munakata H, et al. Can we predict the site of entry tear by computed tomography in patients with acute type a aortic dissection? *Clin Cardiol*. 2012; 35(8): 500-504.
7. Nural M.S, Bahçivan M, Baydın A, Gökçe E, Aslan B. Aort Diseksiyonlarında Klinik ve Radyolojik Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2007; 19: 32-37.
8. Ünlüer E, Denizbaşı A, Türel D. Acil Serviste Torasik Aort Diseksiyonu Tanısı Bir Olgu Sunumu. *DİRİM* 2002; 4: 15-21.