

Başarılı yönetilen De Bakey Tip 1 akut aort diseksiyonunun tanısında klinik şüphenin önemi: Bir olgu sunumu

The importance of clinical suspicion in the diagnosis of a successfully managed case with De Bakey Type 1 acute aortic dissection: A case report

A. Ebru Salman¹, Muzaffer Çeliksoy², Fahri Yetişir³, Şevket Atasoy², Fehmi Katırcıoğlu²

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

³Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Bu olgu, 16. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'nde (P-39) 51-2 pp, (25-29 Nisan 2012, Belek/ Antalya, Türkiye) sunulmuştur.

This case was presented in the 16th national intensive care symposium (p-39) 51-2 pp, (25-29 April 2012, Belek, Antalya, Turkey)

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. A. Ebru Salman

Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 533 629 98 67
e-posta:
ebru.salman@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 04.04.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 14.01.2013
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 30.08.2013

©Telif Hakkı 2013 Ulusal Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org

Tip 1 aort diseksiyonu asendan aortadan kaynaklanan katastrofik bir klinik tablodur. Epigastrik ağrı, göğüs ağrısı ve gastrointestinal şikayetlerle gelen, beyaz küre yüksekliği ve D-dimer yüksekliği de olan hastaların tanısında aort diseksiyonu ve akut mezenterik iskemi bu olguda olduğu gibi karışabilmektedir. Bu olguda, akut mezenterik iskemi benzeri klinik ile acil servise kabul edilen hastada klinik şüphe ile yapılan sistematik değerlendirme sonunda ilk 24 saat içinde mezenterik iskemi ekarte edildi. Bu olgu sunumunda tip 1 aort diseksiyonu tanısıyla acil operasyona alınan 30 yaşındaki erkek hastanın teşhis ve tedavisindeki başarılı yönetim literatür ışığında irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aort diseksiyonu, göğüs ağrısı, akut mezenterik iskemi

Type 1 aortic dissection is a catastrophic clinical entity originating from the ascending aorta. Clinical suspicion in patients with epigastric pain, chest pain and gastrointestinal symptoms might be life saving. Aortic dissection and acute mesenteric ischemia might be confusing in diagnosis of patients with epigastric pain, chest pain, gastrointestinal symptoms and high white blood cell count and D-dimer. In this case report of a patient who was admitted to the emergency room with a presentation resembling acute mesenteric ischemia, this diagnosis was excluded within the first 24 hours as a result of clinical suspicion. In this case report, the successful management in diagnosis and treatment of a 30-year-old male patient with type 1 aortic dissection is discussed in light of the literature.

Key Words: Aortic dissection, chest pain, acute mesenteric ischemia

GİRİŞ

Bu olgu sunumunda, epigastrik ağrı, ishal ve bulantı şikayetleriyle acil servise kabul edilen ve akut mezenterik iskemi düşünülerek genel cerrahi servisine yatırılıp yapılan, ancak ileri tetkik ve incelemeleri sonucu Tip 1 aort diseksiyonu teşhis edilen 30 yaşındaki erkek hastanın ilk 24 saat içinde başarılı teşhisi ve tedavisi hasta onamı alındıktan sonra literatür ışığında irdelenmiştir.

Tip 1 aort diseksiyonu asendan aortadan kaynaklanan katastrofik bir klinik tablodur. Perioperatif mortalite ortalama %22'dir. Genel olarak Tip 1 diseksiyonlar için hastane içi mortalite %30 civarındadır. Tanının gecikmesi saatlik mortalitesini %1 arttırmaktadır (1). Akut mezenterik iskemi de erken teşhis ve girişim gerektiren mortalitesi %60-%80 arasında değişen ölümcül bir vasküler acil durumdur. Klinik prezentasyonu nonspesifiktir. Şiddetli karın ağrısıyla uyumsuz minimal muayene bulgularıyla seyreder (2-4). Akut mezenterik iskemisinin tanısı başlangıcından itibaren ilk 24 saatten sonra konulduğunda sağkalım %50'den, %30'a düşer (5).

Epigastrik ağrı, göğüs ağrısı, bulantı ve ishal şikayetleriyle gelen hastalarda klinik şüphe hayat kurtarıcı olabilir (6).

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında, 95 kg erkek hasta epigastrik bölgede şiddetli ağrı ve hassasiyet şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın aynı gün başlayan ishali olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde spontan pnömotoraks nedeniyle tedavi gördüğü, romatolojik bir rahatsızlığının olduğu ancak takipte olmadığı yakınları tarafından ifade edildi. Boynunun, kollarının ve parmaklarının uzun olduğu gözlenen ve pektus ekskavatumu da olan hastanın marfanoid bir görünümü mevcuttu. Hastanın kan basıncı: 95/38 mm-Hg, kalp atımı 95 atım/dk. idi. Hastanın fizik muayenesinde, karın hafif distandü görünümdeydi, barsak seslerinde artış ve epigastrik bölgede yaygın hassasiyeti mevcuttu. Rebound ve defans yoktu. Rektal tuşesi normaldi.

Hastanın tam kan sayımında lökosit 15.300/μL idi. Biyokimya analizi, hafif bir ALT ve total bilirubin yüksekliği dışında normaldi. Hastanın sPO₂: %81, arteriyel kan gazında pH: 7,47, PCO₂: 31,5 mm-Hg idi. D-dimer:



Şekil 1. De Bakey Tip 1 aort diseksiyonunun BT'de yalancı lümen görünümü

469,5 ng/dL idi. Akciğer grafisinde aort topuzu belirgindi. Abdominal ultrasonografisi normaldi. Abdominal Doppler ultrasonografisinde mezenterik damarların açık olduğunun görülmesi üzerine, bu genç hastanın akciğer grafisinde aort topuzunun belirgin olması nedeniyle torakoabdominal tomografisi yapıldı. Abdominal tomografisinde belirgin bir patoloji saptanmayan hastanın toraks tomografisinde arkus aorta, asendan aorta ve desendan aorta düzeyinde intimal flep ile uyumlu (Stanford Tip 1 diseksiyonla uyumlu) 40 mm'ye ulaşan aortada dilatasyon izlendi (Şekil 1). Sağ hemitoraksta 40 mm'ye ulaşan, solda 11 mm ölçülen plevral efüzyon saptandı. Sağ lob bazal segmentte kompresif atelektatik alanlar izlendi. Ekokardiyografide aort kökünde diseksiyon flebi ve 3° aort yetmezliği tespit edildi. Takibinde hastanın arteriyel tansiyonu yükselmeye başladı. Antihipertansif olarak nitroglicerinin infüzyonu ve beta bloker tedavisi başlandı. Hasta acil olarak ameliyata alındı. EKG, pulse oksimetre sol radial arterden invazif kan basıncı monitörizasyonu yapıldı. Preoksijenasyonu takiben, 20 gauge IV kanülden 0,1 mg/kg midazolam, 3 mg/kg tiyopental Na ve 1 mcg/kg remifentanil IV bolusla ko-indüksiyonu takiben, 1,2 mg/kg rokuronyum bromid ile kas gevşekliliği sağlanarak hasta 8,5 no'lu tüple endotrakeal yoldan entübe edildi. Sağ internal juguler venden 9F diyaliz kateteri ve sol antekubital vene 16 gauge IV kanül yerleştirildi. Arteriyel kan basıncı kontrolü remifentanil, esmolol ve perlinganit infüzyonuyla sağlandı. Anestezi idamesi %50 O₂-hava karışımı içindeki 1 MAC sevofluranla sağlandı.

Sağ brakial arter proksimalinden subklavyen artere sistemik ve selektif serebral eksternal kardiyopulmoner bypass için, yeterli heparinizasyon sonrası arteriyel kanül yerleştirildi. Orta hat sternotomi ile sağ atriyele venöz kanülasyon, retrograd kardiyopleji kanülü, sol ventrikül için sump yerleştirildi. Uygun koşullarda kardiyopulmoner bypassa geçilerek kardiyak arrest sağlandı. Hasta 20°C'ye soğutulurken brakioyosefalik ve sol karotis komunis arterleri klemplenerek eş zamanlı selektif serebral dolaşıma geçildi (5-10 cc/kg/dak). Aortik kros-klemp kaldırılarak arkus aorta ve distalinde false lümene açılan yırtık olmadığı tespit edildi. Arkus aortanın başlangıcı teflon desteklerle 28 no dakron greft ile replase edildi. Arteriyel kanül grefte yerleştirilip greftin alt ucu klemplenerek sistemik arteriyel dolaşımı brakial bölgeden asendan aort bölgesine alındı. Aortik kökte diseksiyon koroner ostiumları da içine alan genişlikte olup, transvers geniş bir rüptür tespit edildi. Preoperatif belirlenen 3°

aort yetmezliği nedeni ile leafletler korunarak dakron greftin 2. parçası ile aort kökü değiştirildi, koroner ostiumlar reimplante edildi. Selektif serebral perfüzyon süresi 19 dakika, aort kros klemp süresi 205 dakika ve total perfüzyon süresi 145 dakika idi. Ameliyat hemostazın sağlanmasını takiben sonlandırıldı. Ameliyatda 2 ünite tam kan, 3 ünite eritrosit süspansiyonu, 5 ünite taze donmuş plazma ve 3 ünite trombosit infüzyonu yapıldı. Dokuz saatlik ameliyat sonrasında yoğun bakım ünitesine alınan hasta pentotal ve remifentanil infüzyonuyla entübe takip edildi. Postoperatif 1. gün hemodinamik stabilitesi sağlandığında ekstübe edildi. Kanaması olmayan ya da başka bir nedenle reoperasyon gerekmeyen hastada, nörolojik bir komplikasyon da gelişmedi. İdrar çıkışı ve tüm vital parametreleri normal sınırlarda olan hasta postoperatif 2. gün servise nakledildi. Hasta postoperatif 7. gün haliyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Aort diseksiyonu ve rüptürü en sık ateroskleroz ve hipertansiyona sekonder gelişir. Travma travmatik dışı nedenlerle de meydana gelebilmektedir (1). Aort diseksiyonu Marfan sendromu, Ehler-Danlos sendromu, transforming growth faktör reseptör mutasyonu olan hastalar ve Turner sendromlu hastalarda normal popülasyona göre daha sık görülür (6). Bu olguda kesin bir tanı olmamakla birlikte hastanın klinik görünümü marfanoiddi.

Aort diseksiyonu olan olgular genellikle ani başlayan göğüs ağrısı ve kardiyovasküler kollaps ile acil servise başvurulur (7). Bu olgularda nörolojik ve gastrointestinal semptomlar da görülebilir (7, 8). Akut aort diseksiyonu olan olgular, akut koroner sendrom yada pulmoner emboli gibi aynı semptomların işaret ettiği başka hastalıklarla karıştırılarak yanlış teşhis alabilir. Antikoagülasyonla gelişebilecek major kanama, hemodinamik instabilite ile hastane içi mortalite artmaktadır (1, 9, 10). Yapılan çalışmalar akut aort diseksiyonlarının %31-39'unun başlangıçta yanlış teşhis edildiğini ortaya koymaktadır (1). Chua ve ark. (6) yaptığı retrospektif bir çalışmada, aortik diseksiyonu olan olgularda yanlış tanı koyma ihtimali nabız farkı bulunmayan ve akciğer radyografisinde mediasten genişlemesi görülmeyen hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bizim olgumuzda hastanın başvuru şikayeti epigastrik bölgede ağrı ve ani başlangıçlı ishal idi. Hastanın ani başlangıçlı, şiddetli karın ağrısı ve bununla uyum sağlamayan silik karın muayenesi ve beyaz küre ve D-dimer değerlerinin yüksekliği bizi mezenterik iskemide başta olmak üzere akut karının ayırıcı tanılarına yönlendirmiştir (11). Konvansiyonel karın ultrasonografisi ile hastanın karın içi organlarının makroskopik olarak normal olduğu görülerek kolesistit ekarte edildi. Karın muayenesinde tahta karın olmayışı, ayakta direkt karın grafisinde serbest havanın bulunmayışı ve ultrasonografide karın içi serbest sıvının yokluğu, bizi mide perforasyonu, farklı yerleşimli akut appendisit ve atipik divertikülit tanılarından uzaklaştırdı. Hastanın ultrasonografisinde karın içi sıvısının yokluğu ve pankreatik amilazın normal sınırlarda olması akut pankreatitten de uzaklaşmamızı sağladı.

Yapılan Doppler ultrasonografide ve karın tomografisinde mezenterik damarların normal görüntülenmesiyle mezenterik iskemisi ekarte edildi. Toraks tomografisi ile kesin tanı konuldu ve acil ameliyat planlandı. Mezenterik iskemide ekarte edilerek

kesin tanının aort diseksiyonu olarak konulması hayat kurtarıcı bir hamledir, çünkü mezenterik iskemi tanısı ile başlanacak antiokagulan tedavi aort diseksiyonu olan hastanın mortalitesini belirgin artırabilirdi (1, 9, 10).

İntra-lüminal stent kullanılarak yapılan hibrid teknikle onarım Tip 1 aort anevrizma rüptüründe tam anlamı ile kabul görmüş durumda değildir (12, 13). Mortalite ve morbiditeyi artırmadan intralüminal stentli onarım yapılabilse de kardiyopulmoner bypass ve total sirkülatuar arrest zamanı artmaktadır. Spinal kord iskemisi, mezenterik iskemi ve malperfüzyon sendromları bu tekniğin en korkulan komplikasyonlarıdır (12-14). Bu konuda çok az çalışma olmasına rağmen yalancı lümenin erken trombozuna neden olarak ileride torako-abdominal anevrizma gelişmesini ve bu nedenle reoperasyon oranını azalttığı bildirilmektedir (12, 13).

Gelişmiş görüntüleme yöntemleri ve ayrıntılı bir anamnezle erken preoperatif tanı, uygun cerrahi tedavi ve dikkatli bir perioperatif anestezi ve yoğun bakım takibi hayatı tehdit eden tip I aort diseksiyonu gelişen olguların yönetiminde hayat kurtarıcıdır (15).

SONUÇ

Akut aort diseksiyonu gelişen hastalarda klinik sonuç birçok faktöre bağlı olmasına karşın, akut aort diseksiyonunun yönetimindeki anahtar nokta bizi bu tanıya yönlendirecek klinik şüphedir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - A.E.S., F.Y.; Tasarım - A.E.S., F.Y.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - M.Ç., S.A.; Analiz ve/veya yorum - A.E.S., F.Y., F.K.; Yazıyı yazan - A.E.S., F.Y., M.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - A.E.S., F.Y.; Design - A.E.S., F.Y.; Data Collection and/or Processing - M.Ç., S.A.; Analysis and/or Interpretation - A.E.S., F.Y., F.K.; Writer - A.E.S., F.Y., M.Ç.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Makuc J, Tretjak M. Misdiagnosed acute aortic dissection type A. *Signa Vita* 2010; 5: 35-37.
2. Bradbury AW, Brittenden J, McBride K, Ruckley CV. Mesenteric ischaemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg* 1995; 82: 1446-1459. [\[CrossRef\]](#)
3. Stoney RJ, Cunningham CG. Acute mesenteric ischemia. *Surgery* 1993; 114: 489-490.
4. Lock G. Acute intestinal ischaemia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15: 83-98. [\[CrossRef\]](#)
5. Boley SJ, Feinstein FR, Sammartano R, Brandt LJ, Sprayregen S. New concepts in the anagement of emboli of the superior mesenteric artery. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153: 561-569.
6. Chua M, Ibrahim I, Neo X, Sorokin V, Shen L, Ooi SB. Acute aortic dissection in the ED: risk factors and predictors for missed diagnosis. *Am J Emerg Med* 2012; 30: 1622-1626. [\[CrossRef\]](#)
7. Aktöz M, Erdoğan O, Tatlı E. Diagnostic approach to a case with aortic dissection. *Erciyes Medical Journal* 2010; 32: 53-56.
8. Hansen MS, Nogareda GJ, Hutchison SJ. Frequency of and inappropriate treatment of misdiagnosis of acute aortic dissection. *Am J Cardiol* 2007; 99: 852-856. [\[CrossRef\]](#)
9. Ayrik C, Cece H, Aslan O, Karcioğlu O, Yılmaz E. Seeing the invisible: painless aortic dissection in the emergency setting. *Emerg Med J* 2006; 23: 24. [\[CrossRef\]](#)
10. Luo JL, Wu CK, Lin YH, Kao HL, Lin MS, Ho YL, et al. Type A aortic dissection manifesting as acute myocardial infarction: still a lesson to learn. *Acta Cardiol* 2009; 64: 499-504. [\[CrossRef\]](#)
11. Clark ET, Gerwitz BL. Mesenteric ischemia. In: Hall JB, Schmidt GA, Wood LD, eds. *Principles of Critical Care*. New York, NY: McGraw-Hill Co; 1998: 1279-1286.
12. Murzi M, Tiwari KK, Farneti PA, Glauber M. Might type A acute dissection repair with the addition of a frozen elephant trunk improve long-term survival compared to standard repair? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010; 11: 98-102. [\[CrossRef\]](#)
13. Jakob H, Tsagakis K, Tossios P, Massuody P, Thielmann M, Buck T, et al. Combining classic surgery with descending stent grafting for acute type I dissection. *Ann Thorac Surg* 2008; 86: 95-102. [\[CrossRef\]](#)
14. Pochettino A, Brinkman WT, Moeller P, Szeto WY, Moser W, Cornelius K, et al. Antegrade thoracic stent grafting during repair of acute DeBakey I dissection prevents development of thoracoabdominal aortic aneurysms. *Ann Thorac Surg* 2009; 88: 482-489. [\[CrossRef\]](#)
15. Blanke P, Apfaltrer P, Ebersberger U, Schindler A, Langer M, Schoepf UJ. CT detection of pulmonary embolism and aortic dissection. *Cardiol Clin* 2012; 30: 103-116. [\[CrossRef\]](#)