

AĞIRLIK KALDIRILMASI SONRASI GELİŞEN DESENDAN AORTİK İNTRAMURAL HEMATOM; OLGU SUNUMU

Intramural Hematoma in Descending Aorta After The Weight Lifting: Case Report

Hüseyin Ağırbaş, Ümit Halıcı

¹ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği, Samsun

ÖZ

Aortik intramural hematoma, intimal yırtık ya da penetran ülser olmadan adventisyada bulunan vasovasorumların rüptürünü takip eden subadventisyal kanama sonucu oluşur. Damar duvarında sirküler ya da yarım şeklide hematoma izlenmekle beraber belirgin flep izlenmez. Aortik intramural hematoma etiyolojisi ve tedavisi hakkında tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Kliniğimize ağırlık kaldırma sonrası şiddetli sırt ağrısı ve senkop şikayeti ile başvuran 42 yaşında, hipertansif erkek hastada desendan aortada intramural hematoma tespit edilmiştir. Marfanoid görünüme sahip olmayan hastanın medikal tedavi ile ağrısı geçmiş ve hematomda genişleme izlenmemiştir. Hasta taburculuk sonrası seri tomografi kontrolleri ile poliklinik takibine alınmıştır. Özellikle Marfanoid hastalarda ağırlık kaldırılması sonrası aortada diseksiyon gelişimi literatürde sıkça bildirilmekle beraber aortik intramural hematoma gelişimi bildirilmemiştir. Aortik intramural hematomun ağırlık kaldırmakla da gelişebileceğini ve medikal tedavinin bu hastalarda iyi bir seçenek olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Aortik intramural hematoma, ağırlık kaldırma

ABSTRACT

Aortic intramural hematoma (IMH) develops after the bleeding in the subadventitial area which is caused by the rupture of vasovasorum without intimal tear or penetrating ulcers. Circular or crescent-shaped hematoma in the vessel wall is seen but prominent image of the flap is not tracked in imaging modalities. A consensus about the its etiology and treatment hasn't been formed. IMH in descending aorta was detected in 42 years old hypertensive male patient with complaints of severe back pain and syncope after the weight lifting who admitted in our clinic.

Pain of patient who has no Marfanoid appearance was relieved with medical treatment and hematoma had not grown. He was discharged home, and followed up at outpatient clinic with serial computerized (CT) scans. Development of the aortic dissection after the weight lifting in Marfanoid patients had been frequently reported in the literature although development of aortic IMH had not been reported. We thought that aortic IMH can develop after the weight lifting and medical treatment might be a good option for these patients.

Keywords: Aortic intramural hematoma, weight lifting

Gönderme tarihi / Received: 05.10.2015

Kabul tarihi / Accepted: 05.11.2015

İletişim: Uzm. Dr. Hüseyin Ağırbaş, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği, Samsun

E posta: vesdoctor@mvnet.com

GİRİŞ

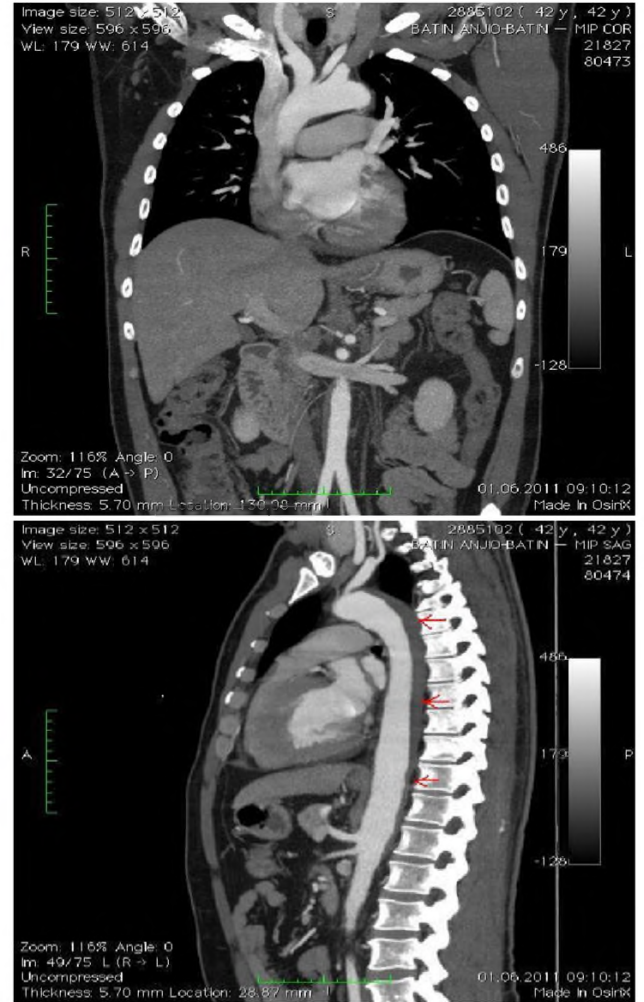
Aortik intramural hematoma (IMH) ilk defa Krukenberg (1) tarafından tarif edilmiş olup, intimal yırtık veya penetran ülser olmadan adventisyada bulunan vasovasorumların rüptürü sonucu, subadventisyal alanda kanama ile oluşan klinik tablodur. Damar duvarında sirküler ya da yarım şeklide hematoma izlenmekle beraber belirgin flep görüntüsü izlenmez. Bu klinik tablo mediastinal apopleksi

olarak ta isimlendirilir (2). Aortik intramural hematoma etiyolojisi ve tedavisi hakkında tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Özellikle Marfanoid hastalarda ağırlık kaldırılması sonrası diseksiyon gelişimi literatürde sıkça bildirilmekle beraber IMH gelişiminin bildirildiğine rastlanılmamıştır. Bu çalışmamızda ağırlık kaldırma sonrası IMH gelişen ve medikal tedavi uyguladığımız 42 yaşında erkek hastamızı sunmak istedik.

OLGU SUNUMU

Mayıs 2014 tarihinde, yaklaşık 5 gün önce ağırlık kaldırma sonrası başlayan şiddetli sırt ağrısı ve senkop şikayeti ile kliniğimize başvuran ve hipertansiyon hikayesi olan 42 yaşında erkek hasta tetkik edilmek üzere yatırıldı. Fizik muayenesinde her dört ekstremitte distal nabızlarının palpabl olduğu ve karotis üfürümünün duyulmadığı gözlemlendi. Hastanın öncelikle rutin tetkikleri, EKG ve telegrafisi istendi. Rutin tetkiklerinde; hemogram değerleri normal sınırlarda (Hematokrit 38 g/dl, Hemoglobin; 13 g/dl,) hafif CK-MB yüksekliği (CK-MB; 32 IU/L) haricinde anlamlı bir patolojik bulguya rastlanmadı, Troponin I negatif geldi. Elektrokardiyografide normal sinüs ritminde; hız: 92/ dk, nonspesifik değişiklikler ve telekardiyografide hafif mediasten genişliği saptandı. Hastanın tansiyonu hipertansif (155/95- 170/100 mm Hg arasında) ve hafif taşikardik (105/dk ile 115/dk arasında) seyreden hastaya antihipertansif tedavi (nitrogliserin infüzyonu, intravenöz beta bloker infüzyonu) başlandı. Hastada anksiyete mevcut olduğundan anksiyolitik tedavi tedavisine eklendi. Hastaya, antihipertansif infüzyonu altında çok kesitli kontrastlı torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi planlandı. Hastanemiz Radyoloji kliniğinde çekilen BT anjiyografide, sol subklavyen arterin hemen distalinden başlayan ve diafragma seviyesine kadar uzanan desendan aorta segmentinde kalınlaşma ve IMH saptandı, İntimal kalsifikasyonu da olan hastada flep görüntüsü izlenmedi (Resim 1). Tansiyon regülasyonu sonrası hastanın semptomları geriledi, malperfüzyon bulguları saptanmadı. 1 hafta medikal tedavi ve takip yapılan hastanın semptomlarının düzelmesi ve 1 hafta sonra yapılan BT anjiyografide IMH'da genişleme ve

intimal flep görünümü saptanmaması üzerine hasta poliklinik takip programına alınarak 8. günde taburcu edildi. Hastanın 3. aydaki poliklinik kontrolünde klinik şikayetinin gözlenmediği ve çekilen çok kesitli kontrastlı BT Anjiyografi'de, IMH'nın gerilediği ve intimal flep izlenmediği saptandı.



Resim 1. Torakoabdominal BT Anjiyografi: Desendan aortada intimal kalsifikasyon ve aort etrafında belirgin intramural hematoma görülmektedir.

TARTIŞMA

Aortanın intramural hematomu, akut aortik diseksiyon bulguları ile karşımıza gelen ve genellikle yaşlı ve hipertansif hastalarda

görülen klinik seyri hakkında değişen görüşlere sahip klinik ve anatomik tablodur (2-4). Ancak bizim sunduğumuz olgunun genç ve de marfanoid olmaması dikkat çekicidir. Günümüzde yaygın hale gelen ve yanılma payı az olan çok kesitli BT Anjiografi ve Manyetik Rezonans Anjiografi gibi ileri tetkik yöntemleri ile IMH tanısı ve takibi daha kolay yapılabilmektedir. IMH bu görüntüleme tetkiklerinde aorta etrafında yarımaya veya sirküler halo şeklinde saptanabilir. İntimal yırtık olmadan vasovazomların rüptürü ile media tabakası dışında adventisya altında hemoraji sonucu gelişen IMH'lı hastalarda aortik diseksiyon ve aortik rüptür gelişebileceği gibi regresyon da gözlenebilir. Bu hastaların büyük çoğunluğu ileri yaş gurubunda ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarına sahip oldukları için kümülatif mortaliteleri %53 oranında belirtilmektedir (6). Asendan aorta yerleşimli IMH'ların komplikasyonları oldukça yüksek oranda olduğu için, tanı konulduğunda cerrahi tedavi önerilirken (6), desendan aorta yerleşimli IMH'larda komplet rezölüsyon bir çok yayında bildirilmiştir (2,5,7,8). Bu sebeple medikal tedavi ile semptomları kaybolan ve tekrarlayan kontrollerde aortada genişleme ve flep görünümü saptanmayan hastalarda özellikle desendan aorta yerleşimli IMH'larda medikal tedaviye devam edilmelidir. Fakat medikal tedaviye rağmen ısrarlı ağrı, genişleyen hematoma ve malperfüzyon gelişen hastalarda cerrahiden kaçınılmamalıdır. Plevral ve perikardiyal effüzyon IMH'nın geliştiği ilk 24 saat içerisinde genellikle görülmez. Genellikle diseksiyonun başlamasından 48 saat sonra gelişir. IMH'larda diseke olan segment media dışında yerleştiği için frajil olan aortadan ekstraluminal sızma sonucu plevral veya perikardiyal effüzyon

geliştiği düşünülür ve efüzyonun kötü prognozun bir öncüsü olduğu düşünülmektedir. Medikal tedavi başarılı olursa plevral veya perikardiyal effüzyonda spontan olarak kaybolur (4). Intramural aortik hematoma erken veya inkomplet aortik diseksiyon olarak değerlendirilebilir. Hayashi ve ark. (9), Hirst ve ark. (10), Wilson ve Huchins'in (11) yaptığı çalışmalarda, intimal yırtık olmadan gelişen aortik diseksiyonunun, tüm aortik diseksiyonların sırası ile %5, %4 ve %13'ünde önceden geliştiğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak, IMH yalnızca hipertansif yaşlı hastalarda değil, marfanoid olmayan genç hipertansif hastalarda da ağırlık kaldırma sonrası görülebilmektedir. Yaşlı hastalarda olduğu gibi genç hastalarda da medikal tedavinin iyi bir seçenek olabileceğini düşünüyoruz.

REFERANSLAR

1. Krukenberg E. Beitrage zur Frage des Aneurysma dissecans. Beitr. Pathol Anat 1920; 67: 329-51.
2. Robbins RC, McManus RP, Mitchell RS, et al. Management of patients with intramural hematoma of the thoracic aorta. Circulation 1993; 88: 110-117.
3. Poşacıoğlu H, Atay Y, Çetindağ B, Yağdı T, Ertürk Ü, Büket S. Management of aortic intramural hematoma. Asian Cardiovasc Thorac Ann 1997; 5: 109-111.
4. Yamada T, Tada S, Harada J, aortic dissection without intimal rupture: Diagnosis with MR imaging and CT. Radiology 1998; 168-347-52.
5. Erbel R, Mohr-Kahaly S, Oelert H, et al. Diagnostik strategies in suspected aortic dissection: comparison of computed tomograph, aortography, and transesophageal echodiagraphy. Am J Cardiac Imaging 1990; 4: 152-72.
6. Mohr-Kahaly S, Erbel R, Kearney P, Puth M, Meyer J. Aortic intramural hemorrhage visualized by transesophageal echocardiography: Finding and prognostic implications J Am Coll Cardiol 1994; 23: 658-64.

7. Lui RC, Menkis AH, McKenzie FN. Aortic dissection without intimal rupture: Diagnosis and management. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 886-8.
8. Schappert T, Sadony V, Schoen F et al. Diagnosis and therapeutic consequences of intramural aortic hematoma *J Card Surg* 1994; 9: 508-15.
9. Hayashi K, Meaney TF, Zelch JV, Tarar R. Aortagraphic analysis of aortic dissection *AJR* 1974; 122: 769-82.
10. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW. Dissecting aneurysms of the aorta: A review of 505 cases. *Medicine* 1958; 37:217-29.
11. Wilson SK, Huchins FM. Aortic dissecting aneurysms: casuative factors in 204 subjects. *Arch Pathol Lab Med* 1982; 106: 175-80.