

## Dispne Nedeniyle Başvuran Hastada Saptanan Rüptüre Olmamış Dev Asendan Aort

*Huge Unruptured Ascending Aortic Aneurysm Detected in a Patient Who Admitted with Dispnea*

Ahmet Temiz<sup>1</sup>, Mustafa Çetin<sup>2</sup>, Turan Erdoğan<sup>3</sup>, Mehmet Bostan<sup>3</sup>, Burak Altun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD., Çanakkale.

<sup>2</sup>Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Rize.

<sup>3</sup>Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD., Rize.

### Özet

Dev boyutlarda asendan aort anevrizması nadir görülmektedir çünkü invazif olmayan tanı yöntemlerinin yaygın kullanımı ve ulaşılabilirliği sayesinde tehlikeli boyutlara ulaşmadan cerrahi olarak tedavi edilmektedirler. Burada dispne ve göğüste rahatsızlık şikayeti ile hastaneye başvuran bir hastada saptanan 95 mm çapında dev boyutta bir asendan aort anevrizması sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Dispne, rüptüre, asendan aort.

### Abstract

Huge ascending aneurysm is very rare due to widely availability and usage of noninvasive diagnostic tools and treatment with surgical techniques before reaching hazardous diameters. Herein we report a huge ascending aortic aneurysm, 95 mm in diameter, in a 78 years old male patient whose first admission to hospital with dispnea and chest discomfort.

**Key words:** Dyspnea, ruptured, ascending aorta.

### Giriş

Herhangi bir arteriyel sistemde damar çapında beklenenin %50 sinden daha fazla genişleme anevrizma olarak tanımlanmaktadır [1]. Aort anevrizmaları en sık abdominal aortta izlenmektedir ancak gerek tedavi yöntemlerinin farklı olması gerek klinik seyirlerinin farklı olması açısından torakal aort anevrizmaları ayrı önem taşımaktadır [2]. Torakal aort anevrizmaları genellikle rüptür, diseksiyon gibi katastrofik ortaya çıkana kadar asemptomatiklerdir. Bu yüzden erken tanı, uygun takip ve zamanında cerrahi çok önemlidir [2]. Cerrahi zamanlaması etyolojiye ve klinik seyre göre değişmekte olup anevrizma çapı arttıkça mortalite riski dramatik olarak artmaktadır. Günümüz koşullarında elektif cerrahi mortalitesi belirgin ölçüde azalmış olmakla beraber hastanın komorbid durumları, uygulanan cerrahi teknik, aortik klemp süresi, serebral ve miyokardial koruma yöntemleri ve operatörün deneyimi gibi birçok nedene bağlı olup %1-20 arasında değişmektedir [1,2] ancak izole asendan aort anevrizma ve diseksiyonlarında deneyimli merkezlerde % 2 altında mortalite bildirilmiştir [3].

### Olgu

Bilinen bir hastalığı olmayan ve belirgin bir yakınması olmayan 78 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve göğüste rahatsızlık hissi şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde, rutin biyokimyasal belirteçlerinde ve elektrokardiyografisinde belirgin bir anormallik yoktu. Ön arka düz akciğer röntgeninde mediasten belirgin geniş olan hastaya transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Ekokardiyografide asendan aorta belirgin geniş saptandı ve en geniş yerinde 94 mm olarak ölçüldü. Aort kökü normal ve hafif aort yetmezliği vardı. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide anevrizmanın sol subclavian arter orifis distaline kadar uzandığı en geniş yerinde 95 mm çapında olduğu görüldü (Şekil 1). Aort kökü ve sinotübüler bileşke normal sınırlarda idi. Hastaya yaşı dolayısıyla koroner anjiyografi yapıldı koroner arterlerde

anamlı darlık saptanmadı. Anjiyografi esnasında aortografi de yapıldı. Asendan aortada muhtemelen spontan iyileşmiş diseksiyona ait görünüm ve fusiform anevrizma zeminde gelişen ikinci bir

Sorumlu yazar / Corresponding Author: Dr. Ahmet Temiz

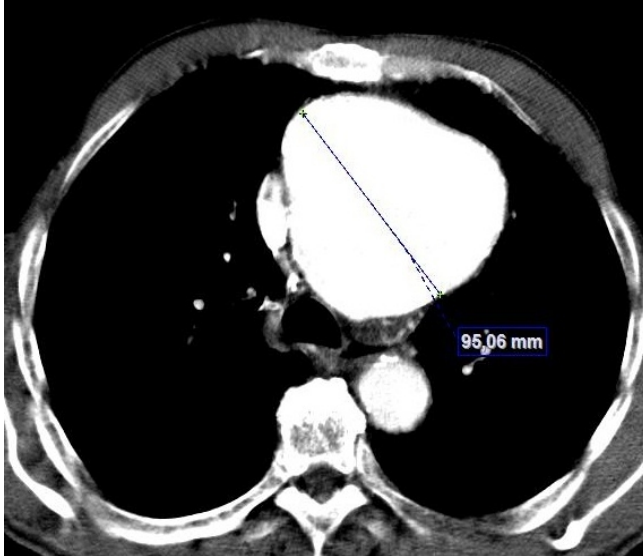
Adres: Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD., Çanakkale.

E-posta: drahmettemiz@yahoo.com

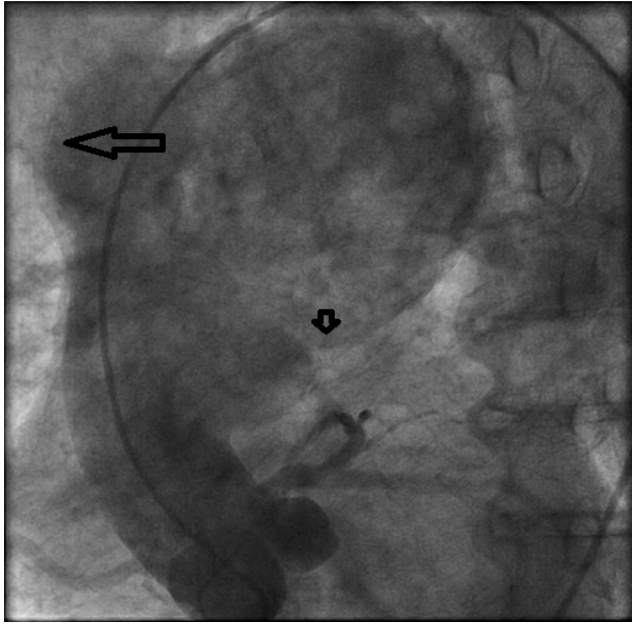
Geliş Tarihi / Received: 10.08.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 03.12.2013

sakküler anevrizma formasyonu görüldü (Şekil 2). Anevrizmanın arkusu da içermesi ve kompleks cerrahi gerektirmesi nedeniyle hasta dördüncü basamak bir merkeze yönlendirildi.



Şekil 1. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide anevrizmanın sol subclavian arter orifis distaline kadar uzanışı.



Şekil 2. Asendan aortada muhtemelen spontan iyileşmiş diseksiyona ait görünüm ve fusiform anevrizma zeminde gelişen ikinci bir sakküler anevrizma formasyonu.

### Tartışma

Torakal aort anevrizmaları abdominal aort anevrizmaları kadar sık görünmeseler de genellikle rüptür diseksiyon gibi ölümcül komplikasyonlar gelişene kadar asemptomatik oldukları için ayrı bir önemi vardır. Erken tanı ve zamanında müdahale hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı amerikan kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi dernekleri 2010 yılında torasik aort hastalıkları hakkında kapsamlı bir kılavuz yayınlamışlardır [2].

Torakal aort anevrizması gelişimini etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin başında ateroskleroz gelmektedir [2]. Ateroskleroz dışında: hipertansiyon, medial dejenerasyon, vaskülitler ve inflamatuvar hastalıklar torakal aort anevrizmasına yol açabilmektedirler [2]. Bunların dışında genetik bozuklukların ayrı bir yeri vardır. Genetik bozuklukların başında marfan sendromu gelmektedir [2]. Marfan sendromu haricinde Loeys Dietz sendromu, Ehler Danlos vasküler formda torakal anevrizmalar görülebilmektedir [2]. Ayrıca ailevi torakal anevrizma sendromları da bildirilmiştir [2]. Bu sendromlarda rüptür riski daha küçük çaplarda artmaya başlamakta ve bazılarında anevrizma yaygın olabilmektedir. Hepsinin ayrıntılı ele alınması bu yazının kapsamı dışı olup bunlar bahsedilen kılavuzda ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

Tüm anevrizmalarda olduğu gibi torakal aort anevrizmalarında da rüptür riski anevrizma çapı arttıkça artmaktadır. Bazı genetik bozukluklarda 40 mm gibi küçük çaplarda rüptür izlenebilmektedir [4,5]. Çap haricinde rüptür riskini belirleyen ikinci önemli faktör anevrizmanın genişleme hızıdır. 6 ayda 5 mm'den fazla artış gösteren anevrizmalara müdahale edilmelidir [2]. Bu özel durumlar haricinde 55 mm sonrası mortalite riski cerrahi riski aşmaktadır bu yüzden 55 mm bu hastalarda operasyon sınırı kabul edilmiştir. 55 mm sonrası mortalite belirgin olarak artmasına rağmen komplike olmadan dev boyutlara ulaşabilen vakalar bildirilmiştir [6,8]. Bizim hastamızda 95 mm çapında asendan aort anevrizması saptadık. Hastanın öncesine ait belirgin bir semptomu yoktu ancak aortografide muhtemelen spontan iyileşmiş diseksiyona ait flep görünümü izlendi.

Tıbbi olanakların ulaşılabilirliğinin artmasına rağmen bu tür hastalarla karşılabilmekteyiz. Her ne kadar bizim hastamız daha önce hiç hastaneye başvurmamış olsa da bu tür hastaların tanınması için problem odaklı değerlendirme yerine sistematik değerlendirme çok önemlidir. Çoğu hastada düz akciğer grafisi bile tanıya yönlendirmektedir. Torasik aort anevrizmasından şüphelenilen hastalar transtorasik ve transözefajial ekokardiyografi ile değerlendirilebilir. Transtorasik ekokardiyografi aortun belirli kesimlerini (asendan aort ve arcus aorta) gösterebilmektedir. Desendan aortun değerlendirilmek istendiği, diseksiyon şüphesi veya transtorasik ekokardiyografi görüntülerinin yetersiz olduğu hastalarda transözefajial ekokardiyografi yapılabilir ancak hasta uyumu çok önemlidir ayrıca komşu dokularla ilişki hakkında fikir vermemektedir. Komşu dokularla ilişkisinin, asendan, arcus ve desendan aortun ve dallarının değerlendirilmesi ve aort duvar yapısının değerlendirilmesi için kontrastlı bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans

görüntüleme yapılabilmektedir. Kontrast madde kullanımı ve radyasyon tomografi için dezavantaj oluştururken, pahalı bir tetkik olması, ulaşılabilirliği kısıtlı olması, fazla zaman gerektirmesi ve metalik protez olan hastalarda uygulanamaması manyetik rezonans görüntüleme için dezavantaj oluşturmaktadır.

Biz hastamızda transtorasik ekokardiyografi sonrası hem aort dal tutulumunun gösterilmesi hem de çevre dokularla ilişkinin değerlendirilmesi için kontrastlı bilgisayarlı tomografi yaptık. Anevrizmanın arkusu da içerdiği akut diseksiyon olmadığı ve çevre dokulara bası yaptığı görüldü. Kompleks bir cerrahi gerektirmesi nedeniyle hasta ileri bir merkeze refere edildi.

## Kaynaklar

1. Eric M. Isselbacher. Diseases of the Aorta. In: Peter Libby et al ed. Braunwald's heart disease : A textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008;1457-14892010
2. ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease. *Circulation* 2010, 121:e266-e369
3. Cohn LH, Rizzo RJ, Adams DH et al. Reduced mortality and morbidity for ascending aortic aneurysm resection regardless of cause. *Ann Thorac Surg* 1996;62:463-468.
4. Loeys BL, Schwarze U, Holm T, et al. Aneurysm syndromes caused by mutations in the TGF-beta receptor. *N Engl J Med* 2006;355:788 –798.
5. Williams JA, Loeys BL, Nwakanma LU et al. Early surgical experience with Loeys-Dietz: a new syndrome of aggressive thoracic aortic aneurysm disease. *Ann Thorac Surg* 2007;83:757–763.
6. Okura T, Kitami Y, Takata Y, Fukuoka T, Arimitsu J, Hiwadi K. Giant unruptured aneurysm of the thoracic aorta: a case report. *Angiology* 1999;50:865–869.
7. Vuckovic SA. An Unusual presentation of ascending aortic arch dissection. *J Emerg Med* 2000;19:149–152.
8. Agarwal V, Yaliwal C, Ofo E, Kolvekar S. Giant ascending aortic aneurysm--a case report and review. *Heart Lung Circ.* 2007;16:385-388.