



EDİTÖRE MEKTUP/LETTER TO THE EDITOR

Paraparezi ile prezente olan bir aort diseksiyonu olgusu

An aortic dissection case presenting with paraparesis

Mehmet Balal¹, Turgay Demir¹, Şebnem Bıçakcı¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2017;42(1):200-202.

Sayın Editör,

Aort diseksiyonu hayatı tehdit eden, bel ve göğüs ağrısı ile karakterize acil tanı ve tedavinin gerektiği bir hastalıktır¹. Ağrı genellikle göğsün ön yüzünden başlar ve diseksiyonun ilerlemesi ile yayılım gösterir². Her ne kadar klinik tablo klasik olarak bel ve göğüs ağrısı ile başlasa da hastaların %17'sinde semptomların ağrısız başlayabileceği bildirilmiştir³⁻⁵. İnsidansı 50 yaş üstünde artar ve erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık görülür^{2,4}. Kontrol altında olmayan hipertansiyon en sık nedendir². Etiyolojide yer alan diğer nedenler; bağ doku hastalıkları, biküspid aort, aort koarktasyonu, bilinen aort anevrizması, gebelik, aortanın inflamatuvar ve dejeneratif hastalıkları, otoimmün hastalıklar, Turner sendromu, Noonan sendromu, polikistik böbrek ve künt karın travmasıdır^{2,6,7}. Diseksiyonda yırtılma ile beraber aortanın intima ve media tabakaları arasında kan akımı meydana gelir⁶. Oluşan gerçek ve yalancı lümenler arasında yırtılma ile massif kan kaybı oluşabilir⁶. Aort diseksiyonu sınıflamasında kullanılan Stanford sınıflaması fonksiyonel etkilenmeyi, De Bakey sınıflaması ise diseksiyonun yayılımını gösterir¹⁻³. Stanford sınıflamasına göre aort diseksiyonları iki gruba ayrılır. Tip A asendan aortayı etkilerken tip B'de asendan aorta tutulmaz^{1-3,8,9}. De Bakey sınıflaması ise üç tipe ayrılır. De Bakey sınıflamasında Tip 1 ve 2 Stanford sınıflamasında tip A'ya denk gelir. Bu sınıflamalar hastalığın tanısı yanı sıra tedavi protokollerinin belirlenmesinde de kullanılır^{1-3,6,7}. Aort diseksiyonlarında nörolojik komplikasyon gelişme sıklığının %2-8 arasında olduğu bildirilmiştir^{8,9}. Diseksiyonlarda perfüzyon bozukluğuna bağlı olarak miyokard enfarktüsü,

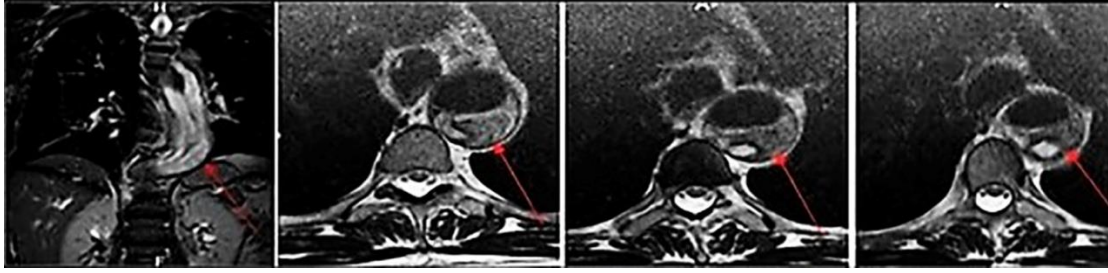
mezenter iskemisi, senkop, hipotansiyon, baş ağrısı, akut böbrek yetmezliği, bacak ağrısı, kolda monoparezi, inme ve paraparezi gelişebilir⁷⁻⁹. Proksimal aortayı tutan diseksiyonlarda inme ön planda görülürken, distal aortayı tutan diseksiyonlarda spinal arterlerde ortaya çıkan dolaşım bozukluğu ile paraparezi daha sık görülür^{8,9}. Serebral perfüzyon bozukluklarına bağlı olarak hastalarda senkop ve bilinç değişiklikleri gelişebilir^{5,6,9,10}. Aort diseksiyonu tanı ve tedavide acil bir durumdur. İlk 24 saatte ölüm riski her saat başı %1 artar¹⁻³. Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi belirgin olarak azaltır⁸⁻¹⁰. Tanıda aortagrafi, manyetik rezonans görüntüleme, transtorasik-transözafagial ekokardiografi, dianmik bilgisayarlı tomografi kullanılır². Stanford sınıflaması ile tip A diseksiyonlarda acil cerrahi tercih edilirken tip B diseksiyonlarda medikal tedavi uygulanır. Ancak aort rüptürü, iskemik komplikasyonların ortaya çıkması durumunda acil cerrahi tedavi gerekir^{1,7}.

Altmış üç yaşında erkek hasta bel ağrısı, bacaklarda güçsüzlük ve uyuşma yakınması ile kabul edildi. Öyküsünden yakınmalarının dört gün önce başladığı, progresif seyir gösterdiği, idrar ve gayta retansiyonunun eşlik ettiği ve kliniğe kabulünden bir gün önce yürüyemez hale geldiği öğrenildi. Özgeçmişinde on yıldır hipertansiyonu olduğu ve beş yıl önce koroner by-pass operasyonu geçirdiği ancak ilaçlarını düzenli kullanmadığı öğrenildi. Nörolojik ve fizik muayenesinde; kan basıncı 110/65 mmHg, nabız; 92/dakika, bilinç açık, koopere, oryante, kranial sinirler intakt, paraparezi (bilateral alt ekstremitte proksimal kas gücü 3/5, diz

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet Balal, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, Turkey. E-mail: memet_balal@hotmail.com
Geliş tarihi/Received: 16.08.2016 Kabul tarihi/Accepted: 23.09.2016

fleksiyon ve ekstensiyonu 3+/5, ayak dorsifleksiyon ve plantar fleksiyonu 3/5), derin tendorn refleksleri altta alınamadı, Babinski bilateral ilgisiz, bilateral Torakal 9 ve 10. vertebralarda altında hipoestezi, serebellar testler üstte doğal altta güçsüzlüğe bağlı hantal, vibrasyon duysusu altta azalmış ve pozisyon duysusu korunmuştu. Alt ekstremitelerde periferik nabızlar (bilateral a. femoralis, a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior) alınamadı. Dinlemekle abdominal aortada üfürüm duyuldu. Laboratuvar incelemelerinde; EKG sinüs ritminde, PA akciğer grafisinde özellik yok, hemogram, kan biyokimyası, enfeksiyöz ve kollajen doku tetkikleri normaldi. Hastanın kliniğe kabulünde yapılan Bilgisayarlı Beyin Tomografisi incelemesinde periventriküler iske mi ve

ılımlı serebral atrofi dışında bulgu yoktu. Ekokardiografide ejeksiyon fraksiyonu %65, kapaklarda sklerodejeneratif değişiklikler, asendan aortada dilatasyon ve hafif derecede aort yetmezliği saptandı. Serebral ve spinal MR incelemede; Serebral MR'da periventriküler iske mi ile spinal MR'da Torakal 11 ve 12. vertebralarda eski kompresyonlara ait yükseklik kayıpları ve yağlı dejenerasyonlar izlendi. Tetkik alanına giren düzeylerde inen aorta düzeyinden itibaren aort ektazik olup çapı 4,4 cm'ye ulaşmakta ve yer yer tromboze olan ve arkus aorta düzeyine kadar uzanan diseksiyona ait görünüm izlendi (resim 1). Olgu aort diseksiyonu olarak tanımlandı ve Kalp Damar Cerrahisi kliniğine devir edildi.



Resim 1. Spinal MR incelemede diseksiyona ait görünüm

Aort diseksiyonu hayatı tehdit eden acil bir tablodur. Hastalar sıklıkla çok şiddetli göğüs ve bel ağrısı tanımlasa da olgumuzun şikayetleri içerisinde ağrı ön planda değildi. En sık etiyolojik neden olan kontrolsüz hipertansiyon olgumuzda mevcuttu. Yakınmalarının ağrı ile başlaması, günler içerisinde paraparezi tablosunun oluşması ve Torakal 11-12. vertebralarda hizasında seviye veren duyu kusurunun olması olguda spinal etkilenmeyi düşündürdü. Ekokardiografisinde inen aortada dilatasyon olması ve spinal MR'da inen aortada diseksiyona ait görünüm izlenmesi ile hastaya aort diseksiyonu tanısı kondu. Olgumuzda gelişen paraparezi tablosu diseksiyona bağlı olarak ortaya çıkan spinal arterlerin beslenme bozukluğuna bağlı olduğu düşünöldü. Sonuç olarak aort diseksiyonunda acil servise atıtipik semptomlarla başvurular tanın atlanmasına ve yüksek oranda mortaliteye neden olmaktadır. Vasküler risk faktörleri olan hastalarda göğüs ve bel ağrısı ile senkop, hipotansiyon, görme kayıpları, paraparezi gibi atıtipik semptomların bir arada olması durumunda bu acil klinik durum ayırıcı tanı içerisinde yer almalıdır¹⁻³.

KAYNAKLAR

1. Gollidge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. Lancet. 2008;372:55-66.
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA. 2000;283:897-903.
3. Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita T, Dohgomorı H, Mochizuki K, Aizawa K et al. Painless acute aortic dissection; diagnostic, prognostic and clinical implications. Circ J. 2011;75:59-66.
4. Donovan EM, Seidel GK, Cohen A. Painless aortic dissection presenting as high paraplegia: a case report. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81:1436-8.
5. van Zeggeren L, Waasdorp EJ, van de Worp BH, Meijer ST, Moll FL, de Borst GJ. Painless transient paraparesis as the solitary manifestation of aortic dissection. J Vasc Surg. 2011;54:1481-4.
6. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnosis, and management perspectives of aortic dissection. Chest. 2002;122:311-8.

7. Akgün FS, Turtay MG, Dişli OM, Oğuztürk H, Doğan M. Bacak ağrısıyla karakterize akut aort diseksiyonu Genel Tıp Derg. 2011;21:155-7
8. Zull DN, Cydulka R. Acute paraplegia: a presenting manifestation of aortic dissection. Am J Med. 1988;84:765-70.
9. Mumcu S, Akgün M, Örken DN. Nörolojik Bozulma ile Baş Gösteren Aort Diseksiyonu Olguları Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20:51-3
10. Gaul C, Dietrich W, Erbguth FJ. Neurological symptoms in aortic dissection: a challenge for neurologists. Cerebrovasc Dis. 2008;26:1-8.