

ÖLÜMCÜL BİR HEMOTORAKS NEDENİ: RÜPTÜRE AORTA DİSEKSİYONU

A MORTAL CAUSE FOR HEMOTHORAX: RUPTURED AORTIC DISSECTION

Gökhan PERİNCEK¹ Turan EGE² İbrahim KARA³

¹Hakkari Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve TBC., Hakkari

²Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Edirne

³Hakkari Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Hakkari

Anahtar sözcükler: Aort diseksiyonu, rüptür, hemotoraks

Key words: Aortic dissection, rupture, hemothorax

Geliş tarihi: 19 / 12 / 2009

Kabul tarihi: 21 / 02 / 2010

ÖZET

Hemotoraks; sıklıkla travma öyküsü ile gelen hastalarda gözlenmekle birlikte nadir olarak da torasik aort diseksiyonunun rüptürü sonrasında görülür. 51 yaşında erkek hasta bacaklarda güçsüzlük şikayeti ile başvurduğu sağlık kuruluşunda tetkik edilirken ani gelişen nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayeti olması üzerine acil servisimize sevk edilmiş. Acil serviste değerlendirilen hastada çekilen postero-anterior akciğer grafisi ve yapılan fizik muayene sonrasında sol hemitoraksta plevral efüzyon saptanması üzerine torasentez yapıldı. Torasentez sıvısında; plevra sıvı hematokriti/kan hematokriti oranı 0.5'ten büyük olması nedeniyle hemotoraks tanısı kondu. Travma öyküsü olmayan hastaya çekilen toraks Bilgisayarlı Tomografi'de rüptüre torasik aorta diseksiyonu saptandı. Acil operasyona alınan hasta operasyon esnasında eksitus oldu.

GİRİŞ

Hemotoraks; intraplevral boşlukta kan birikmesidir. Plevral sıvı hemotokritinin kan hematokritine oranının >%50 olmasıyla tanı

SUMMARY

Hemothorax is often observed in patients presenting with a traumatic history and rarely after thoracic aortic dissection ruptured. A 51-year-old male patient presented to a hospital with debility in legs. Due to sudden dyspnea, chest pain he was sent to our emergency room. The posterior anterior lung X-ray and physical examination revealed pleural effusion in the left hemithorax so thoracentesis was performed. The pleural fluid hematocrit/blood hematocrit rate was higher than 0.5. Hemothorax was diagnosed. He did not have a traumatic history. His thoracic BT revealed ruptured thoracic aortic dissection. He was operated immediately, but he became exitus during the operation.

konur (1). Hemotoraksın klinik önemi; intraplevral boşluğa olan kanamanın miktarına, hızına, etyolojisine, eşlik eden pnömotoraks gibi lezyonların varlığına, müdahale zamanına

ve yöntemine göre değişmektedir. Hemotoraks, toraks içine olan kanama miktarına göre sınıflandırılır: 300 ml ve daha az kanama minimal hemotoraks, 300-1000 ml kanama orta derece hemotoraks, 1000 ml üzerindeki kanamalar masif hemotoraks olarak adlandırılır (2).

Hemotoraksa neden olan en sık etyolojik faktör travmadır. Travma dışında görülen hemotoraks, nontravmatik ya da spontan hemotoraks diye adlandırılır. Spontan hemotoraks en sık, düşük basınçlı pulmoner parankimal damarların kanamasıyla oluşur. Nadir olarak da torasik aort diseksiyonuna bağlı gelişmektedir (2). Aort diseksiyonlarının tüm tiplerinde, özellikle de akut formlarında morbidite ve mortalite oranları ciddi boyutlardadır. Bu nedenle acil tanı ve tedavi gerektirir (3).

OLGU

Elli bir yaşında erkek hasta, bacaklarda güçsüzlük şikayeti ile başvurduğu sağlık kuruluşunda tetkik edilirken, ani gelişen nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti olması üzerine acil servisimize sevk edilmiş. Özgeçmişinde hipertansiyonu olan hastanın, düzensiz ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Acil servisimizde yapılan değerlendirmede; genel durum orta, bilinç açık, taşipneik, dispneikti. Fizik muayenede; tansiyon arteryel 80/50 mmHg, nabız 116/dk, solunum sayısı 26/dk olarak saptandı. Her iki alt ve üst ekstremitede nabızlar palpabildi. Oskültasyonda sol hemitoraksta tüm zonlarda solunum seslerinde azalma, perküsyonda sol orta-alt zonlarda matite mevcuttu. Çekilen postero-anterior akciğer grafisi (Resim 1) ve yapılan fizik muayene sonrasında sol hemotoraksta plevral efüzyon saptanan hastaya torasentez yapıldı. Hemorojik vasıfta plevral sıvı aspire edildi. Plevral sıvıda yapılan incelemede; Htc: 14.5% , LDH:

278 U/L, total protein: 6.8 mg/dl, glukoz: 119 mg/dl olan hastanın, periferik kanda; Htc: 28.1%, Hb: 9.7 gr/dl, PLT: 358 mm³, serumda; LDH: 410 U/L, total protein: 5.6 mg/dl, glukoz: 154 mg/dl, olarak saptandı. Plevra sıvı hematokriti/periferik kan hematokriti oranı 0.5'ten büyük olması nedeniyle hemotoraks tanısı konan, travma öyküsü olmayan hastaya toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT)'si çekildi. Toraks BT'de (Resim 2) rüptüre torasik aorta diseksiyonu saptanması üzerine acil operasyona alındı.

Operasyonda hastaya eş zamanlı sol posterolateral torakotomi ve sağ femoral kanülasyonla düşük akımlı pompa desteği sağlandı. Diseksiyonun, sol subklaviyen arterin distalinden başlayıp abdominal aortaya uzanım gösterdiği ve sol hemitoraksa rüptüre olduğu saptandı. Hastanın sol subklaviyen arterinin distaline vasküler klemp konuldu. Diseksiyonun distaldeki sonlanma noktası aranırken, proksimale konan klemp noktasından diseksiyonun proksimale retrograt ilerlediği ve rüptüre olduğu görüldü. Bu halde hastaya acil sternotomi yapıldı. Retrograt diseksiyonun arkus aortaya kadar ilerlediği ve arkus elemanlarını içine aldığı sap-



Resim 1. Postero-anterior akciğer grafisi; solda opasiter görünümde artış, mediasten sağa itilmiş.



Resim 2. Toraks BT'de; solda plevra yaprakları arasında serbest sıvı ve pasif atelektazi alanları. Desenden aorta en geniş yerinde 5,5 cm çapa ulaşan anevrizmatik dilatasyon ve izlenebilen abdominal aorta segmentlerine kadar uzanım gösteren intimal flep ve feulse lümen görüntüsü (Aort diseksiyonu, Stanford Tip B).

tandı. Massif kanaması olan hastada kardiyak arrest gelişti. İntraoperatif açık kalp masajı yapılarak resütasyona başlandı. Yapılan müdahalelere cevap vermeyen hasta operasyon esnasında hayatını kaybetti.

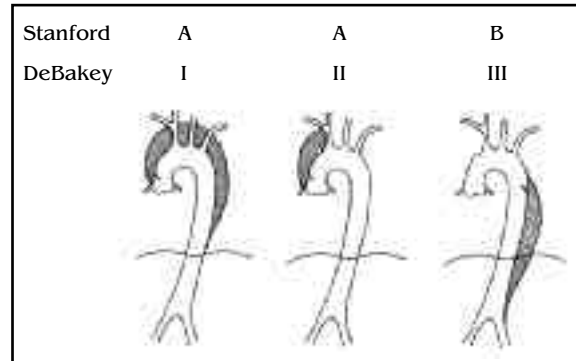
TARTIŞMA

Akut aort diseksiyonu, hayatı tehdit eden kardiyovasküler hastalıkların önde gelen sebeplerindendir. Kan akımının intimal bir yırtık yolu ile gerçek lümen dışında, aort tabakaları arasında ikinci bir kanala (yalancı bir lümen) yönlenmesi olarak tanımlanır. Diseksiyonun uzunluğu aortun kısa bir segmentini veya tüm aortun uzunluğunu kapsayabilir (4). Aort diseksiyonlarında en sık kullanılan sınıflandırma DeBakey ve Stanford sınıflandırmalarıdır. DeBakey sınıflandırması anatomik bir sınıflandırma olmasına karşın Stanford sınıflandırması daha çok fonksiyonel bir sınıflandırmadır. Primer yırtığın nerede olduğu göz önünde bulundurulmaksızın, çıkan aortanın tutulduğu tüm diseksiyonlar

tip A, sol subklaviyan arterin distalindeki tutulumlar ise tip B olarak adlandırılır (5), (Şekil 1).

Aort diseksiyonunun en sık görülen semptomu göğüs ağrısıdır (7). İnme özellikle proksimal aort lezyonlarında, parapleji ise distal lezyonlu olgularda spinal arterlerin tutulumu ile ortaya çıkar. İnme ve parapleji nadir gelişmekle birlikte aort diseksiyonunda görülme sıklığı %2-8'dir (8). Etiyolojide, ilk sırada hipertansiyon yer almaktadır (9). Hastamızda ani gelişen göğüs ağrısı, ayaklarda güçsüzlük şikayeti ve tansiyon düşüklüğü mevcuttu. Özgeçmişinde hipertansiyon bulunan hastanın düzensiz ilaç kullanımı vardı.

Daha önceleri aort patolojilerinin incelenmesinde invaziv bir tanı yöntemi olan aortografi kullanılmaktaydı. Günümüzde noninvaziv görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler BT, Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Transözofajial Ekokardiyografi'yi aortografiye alternatif tanı yöntemleri haline getirmiştir. Aort diseksiyonu tanısında Spiral BT'nin %83-100 oranında duyarlılığa, %87-100 oranında özgüllüğe sahip olduğu bildirilmiştir (10). Aort diseksiyonlarının %65'i asendan aortada, %10'u arkus aortada, %20'si de desenden aortada görülmektedir (11). Diseksiyonun çok sık bir komplikasyonu olan aort rüptürü masif kanamaya neden olur. İnen aort rüptürlerinin %10'unda hemotoraks



Şekil 1. DeBakey ve Stanford sınıflaması (6).

görülür ve genellikle sol taraftadır (12). Hastamızda sol hemitoraksta plevral efüzyon saptanması üzerine yapılan torasentez sonrasında hemo toraks tespit edildi. Çekilen toraks BT'de desenden aortada abdominal aortaya kadar uzanım gösteren Stanford tip B aort diseksiyonu tespit edildi.

Aortik diseksiyonların tüm tiplerinde, özellikle akut formlarında morbidite ve mortalite oranları ciddi boyutlardadır. Dissekan inen aort anevrizmalarında bu risk daha da yüksektir. İnen aort diseksiyonları yüksek mortalite ve parapleji riski nedeniyle cerrahi tedaviden en az yarar gören diseksiyon tipleridir (3).

Genellikle hayatı tehdit eden komplikasyonların bulunmadığı durumlarda medikal tedavi, cerrahiye tercih edilmektedir. Hayatı tehdit eden komplikasyonlar; rüptür, batın içi organların ya da ekstremitelerin perfüzyon bozukluğu, aort çapında hızla genişleme ve her türlü tedaviye rağmen devam eden ağrı gibi durumlarda cerrahi tedavi kaçınılmazdır (13).

Aort diseksiyonunda mortalite oranı acil cerrahi ile %10-45, elektif cerrahi ile %6-14

arasındadır. Giderek kullanımı yaygınlaşan endovasküler tedavide ise %16 olan cerrahi mortalite oranı, son dönemdeki çalışmalarda ciddi bir düşüş göstermiştir. Aort diseksiyonları tedavi edilmediklerinde %60-90 oranında ölümle sonuçlanmaktadır. Saatlik mortalite %1, 15 günlük mortalite %80 olarak bildirilmiştir (14). Aort diseksiyonu sonrası gelişen mediastinal, plevral ve perikardial hemorajili hastalarda, klinik durum daha agresif seyretmekte ve ölümlerin %75'i buna bağlı olmaktadır (15). Rüptüre aort diseksiyonuna hemotoraks eşlik ettiği tespit edilen hasta acil olarak operasyona alındı. Diseksiyonun, sol subklaviyen arterin distalinden başlayıp abdominal aortaya uzanım gösterdiği ve sol hemitoraksa rüptüre olduğu saptandı. Operasyon esnasında massif kanaması olan hastada kardiyak arrest gelişti. Yapılan müdahalelere cevap vermeyen hasta operasyon esnasında hayatını kaybetti.

Sonuç olarak; hemotoraks saptanan ve travma öyküsü olmayan olgularda, torasik aort diseksiyonu ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülmelidir. Komplike aort diseksiyonlarında mortalite oranı çok yüksek olduğundan acil tanı ve tedavi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akkoçlu A, Akman C, Ece T, Erdiñç E, Erginel S, Özdemir N, et al. Hemotoraks. Çavdar T, Ekim N (Ed). Plevra hastalıkları. 1. Ankara: Türk Toraks Derneği Genel Merkezi; 2003: 295-01.
2. Akay H. Hemotoraksta tanı ve tedavi yaklaşımı. Solunum 2002; 4: 195-205.
3. Doss M, Balzer J, Martens S, Wood JP, Wimmer-Greinecker G, Fieguth HG, et al. Surgical versus endovascular treatment of acute thoracic aortic rupture: a single-center experience. Ann Thorac Surg 2003; 76: 1465-9.
4. Westaby S. Management of aortic dissection. Curr Opin Cardiol 1995; 10: 505-10
5. Göz M, Mordeniz C, Demir D, Söylemez N, Şelli C, Aydın MS. Stanford tip-A akut aort diseksiyonlarında altı olguluk deneyim. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2009; 17: 238-42.
6. Siegal EM. Acute aortic dissection. J Hospital Med 2006; 1: 94-105.
7. Bradley G. W, Daroff B, Fenichel M. G, Jankovic J. Vascular diseases of nervous system. Neurology in Clinical Practice. 4th edn. Vol 1. Elsevier, Butterworth Heinemann, 2004; 343-8.
8. Demir CF, Artaş H. Sol kolda tekrarlayan monopleji kliniği ile başvuran spontan aort diseksiyonu: bir olgu sunumu. EAJM 2007; 39: 151-3.

9. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 2000; 283: 897-903.
10. Nural MS, Bahçivan M, Baydın A, Gökçe E, Aslan B. Aort diseksiyonlarında klinik ve radyolojik değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2007; 19: 32-7.
11. Yüksel A, Erdur B, Türkçüer İ, Aydın B, Turan P. Acil serviste rüptüre olmamış aort anevrizması ve diseksiyonlarının değerlendirilmesi: Olgu serisi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2008; 7: 17-20.
12. Özkan F, Akpınar E, Serter T, Özyüksel A, Hazırolan T. Ruptured type B aortic dissection presenting with right hemothorax. *Diagn Interv Radiol* 2008; 14: 6-8.
13. Duebener LF, Lorenzen P, Richardt G, Misfeld M, Notzold A, Hartmann F, et al. Emergency endovascular stent-grafting for life-threatening acute type B aortic dissections. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 1261-6.
14. Özsöyler İ, Yafla H, Lafcı B, Yılık L, Gürbüz A. Travmatik akut torasik aort diseksiyonunda endovasküler tedavi: Olgu sunumu. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 15: 158-61.
15. Auer J, Berent R, Eber B. Aortic dissection: incidence, natural history and impact of surgery. *J Clin Basic Cardiol* 2000; 3: 151-4.

Yazışma Adresi:

Dr. Gökhan PERİNCEK
Hakkari Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve TBC.,
HAKKARİ
e-posta: drgokhanperincek@mynet.com
