



Akut Miyokard İnfarktüsünü Taklit Eden Bir Tanı: Aort Diseksiyonu Olgusu A Diagnosis Mimicking Acute Myocardial Infarction: A Case of Aortic Dissection

^{ID} Tuğçe Karakaya¹ ^{ID} Taner Şahin¹ ^{ID} Zulfiye Kuzu² ^{ID} Halil İbrahim Tufan¹ ^{ID} Felemez Büdün¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri, Türkiye

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye

ÖZET

Aort diseksiyonu (AD), ani gelişen ve yüksek mortaliteye sahip kritik bir kardiyovasküler acildir. Klinik bulguları değişken olduğundan tanı koymak çoğu zaman zordur ve akut miyokard infarktüsü (MI) gibi diğer hayatı tehdit eden durumlarla karışabilmektedir. Bu olgu sunumunda, göğüs ve sırt ağrısı ile başvuran 55 yaşındaki kadın hastada, EKG'nin akut inferior MI ile uyumlu olması üzerine acil koroner anjiyografiye alınan hastada, işlem sırasında diseksiyon flebi saptanması sonrasında AD tanısı şüphesiyle çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografisinde AD tanısı konulan bir olgu paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aort diseksiyonu, bilgisayarlı tomografi anjiyografi, miyokard infarktüsü

ABSTRACT

Aortic dissection (AD) is a critical, high-mortality cardiovascular emergency with an abrupt onset. The diagnosis of this condition is often challenging due to the variability of its clinical findings, and it can be confused with other potentially life-threatening conditions, such as acute myocardial infarction (MI). This case report details the presentation of a 55-year-old female patient who initially presented with chest and back pain. After undergoing an electrocardiogram (ECG) that was indicative of acute inferior (MI), the patient was promptly referred for coronary angiography. During the procedure, the detection of a dissection flap raised suspicion for AD, which was subsequently confirmed via computed tomography angiography (CTA).

Keywords: Aortic dissection, computed tomography angiography, myocardial infarction,

GİRİŞ

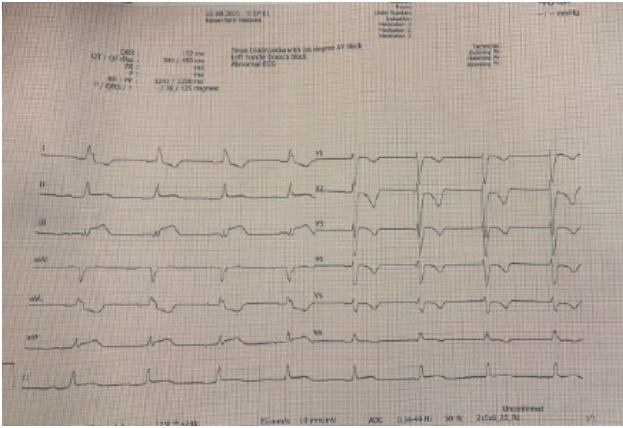
Aort diseksiyonu (AD), aortun tunica intima ve tunica media tabakaları arasında meydana gelen bir yırtılma sonrası yalancı bir lümenin oluşmasıyla tanımlanan kardiyovasküler bir acildir (1). Mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bu hastalığın tanısının erken konulması ve tedaviye başlanması elzemdir. Tipik kliniği sırtta aniden başlayan yırtıcı tarzda ağrı olarak bilinir. Ancak bu klinik her hastada görülmeyebilir ve çeşitli hastalıkları taklit eden klinik bulgularla ortaya çıkabilir (2). Bu durum hastanın tanısını güçleştiren bir tuzaktır. Bu olgu sunumunda, göğüs ağrısı ile gelen hastalarda en önemli mortalite ve morbidite nedeni olan akut miyokard infarktüsü ile aort diseksiyonunun nasıl iç içe geçtiğinden bahsedeceğiz.

OLGU

Elli beş yaşında kadın hasta acil servisimize sol kola vuran baskı tarzında göğüs ve sırt ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın şikayetlerinin yeni başladığı ve devam ettiği öğrenildi. Bu nedenle hastanemize ambulansla başvurduğu öğrenildi. Hastanın gelişinde yapılan işlemler için yazılı onam alınmıştır. Hastanın özgeçmişinde otoimmün hepatit, koroner arter hastalığı, romatoid artrit, geçirilmiş pulmoner emboli, geçirilmiş miyokard enfarktüsü (MI) nedeniyle koroner anjiyografi ve femur boynu fraktürü nedeniyle geçirilmiş operasyonların mevcut olduğu öğrenildi. Kullandığı ilaçlar arasında metotreksat, diltiazem, folik asit, hidroksiklorokin sülfat ve prednizolon yer alıyordu. Hastanın geliş fizik muayenesinde ilk bakıda genel durumu orta-kötü, endişeli, bilinç açık olarak değerlendirildi ve Glaskow Koma Skoru

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Tuğçe Karakaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri, Türkiye **Email:** tugceozkardas@gmail.com
Cite this article as: Karakaya T, Şahin T, Kuzu Z, Tufan İH, Büdün F. A Diagnosis Mimicking Acute Myocardial Infarction: A Case of Aortic Dissection JAMER 2026;11(2):45-47.

Geliş Tarihi: 24.02.2026
Kabul Tarihi: 24.08.2026
Online Yayın : 31.08.2026



Resim 1. Hastanın geliş EKG'si

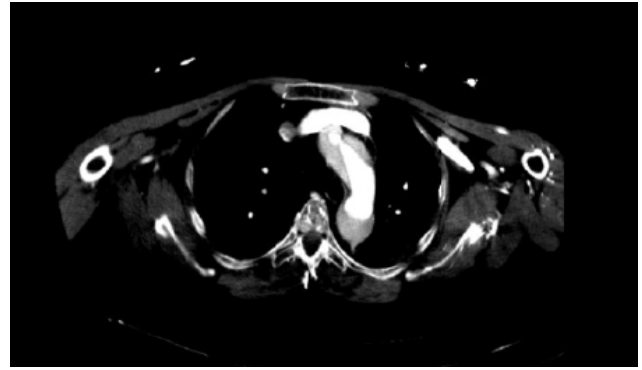
puanı 15 olarak hesaplandı. Vital bulgularına bakıldığında, arteriyel tansiyon 104/46 mmHg, nabızı 48/dk, vücut ısısı 36,1 °C ve oksijen saturasyonu (SpO2) %96 olarak kaydedildi. Hastadan elde edilen EKG'de akut inferior miyokard infarktüsü ile uyumlu değişiklikler görüldü (Resim 1) ve kardiyoloji uzmanına konsülte edilerek acil koroner anjiyografiye alındı.

Anjiyografi sırasında sağ ana koroner arterde diseksiyon flebi izlenmesi ve eş zamanlı AD şüphesi nedeniyle işlem sonlandırıldı (Resim 2). Ardından hastaya acil BT anjiyografisi çekildi. Çekilen BT anjiyografisinde, aort kökü düzeyinden başlayan torakal ve abdominal aorta boyunca seyreden, sağ ana iliak artere uzanan diseksiyon flebi ve çift lümen görünümü izlendi (DeBakey Tip 1 AD). Ayrıca diseksiyonun sağ subklavian arterin, sağ CCA'nın ve sol CCA'nın izlenebilen proksimal kesimlerine dek devam ettiğinin görülmesi üzerine (Resim 3), hasta Kalp ve Damar Cerrahi Bölümüne devredilerek acil ameliyata alındı. Ameliyat sırasında hemodinamisi bozulan ve yapılan müdahalelere yanıt vermeyen hasta intraoperatif exitus olmuştur.

TARTIŞMA

Aort diseksiyonlarının yıllık insidansı 100.000 kişiye 5-10 olgu olup, erkeklerde ve yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir. En önemli risk faktörü, aort duvarında artan strese neden olan yüksek tansiyondur. Diğer risk faktörleri arasında ateroskleroz, önceden var olan aort anevrizması, biküspit aort kapağı, kokain kullanımı, göğüste travmatik yaralanma, belirli genetik bozukluklar (Marfan sendromu ve Turner sendromu gibi) ve belirli bağ dokusu bozuklukları (Ehlers-Danlos sendromu gibi) sayılabilir (2).

Nadir görülen bir hastalık olduğundan, tanısının hızlı ve doğru konulabilmesi için şüphe indeksinin yüksek tutulması gerekir. Tanıya yönelik kullanılabilecek en önemli teşhis yöntemleri bilgisayarlı tomografi ve ekokardiyografidir. Tedavi başarısında hızlı tanı ve hızlı cerrahi girişim tedavinin köşe taşlarını oluşturmaktadır.



Resim 2. Hastanın BT anjiyografi görüntüsünde arkus aortada diseksiyon izlenmektedir.



Resim 3. Hastanın BT anjiyografi görüntüsü, sagittal plan abdominal aortada diseksiyon.

Akut AD, etkilenen bireylerin %50'sinde ani ölüme neden olan acil bir durumdur (3). Tedavinin başlanmadığı her saat mortalite %1-3 oranında artmaktadır. AD, erken tanı ve hızlı tedavi yapılabildiği takdirde tedavi edilebilen bir hastalıktır (1).

Hastaların kliniğine bakıldığında, en yaygın semptom göğüs ağrısıdır. AD kaynaklı ağrı, klasik olarak sırtta interskapular bölgeye yayılan bir yırtılma veya soyulma hissi olarak tarif edilir. Ağrı genellikle ani başlangıçlıdır, semptom başlangıcında en üst düzeydedir ve diyaframın üstüne ve altına doğru yer değiştirebilir. Ani başlayan ağrının olmaması AD olasılığını azaltır, ancak dışlamaz (4). Öte yandan AD göğüs ağrısı, hipotansiyon, senkop, bel ağrısı, karın ağrısı, bacak ağrısı ve inme kliniği ile de prezente olabilir (5-7). Olgumuzun ilk başvuru şikayetinin tipik olarak AD ağrısına benzememesi, sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısının ve EKG'de akut MI bulgularının olması

nedeniyle ilk etapta akut MI tanısını düşündürmüştü; buna yönelik olarak hasta acil koroner anjiyografiye alınmıştır. Literatürde tipik AD haricinde diğer semptomların ve bulguların varlığının AD tanısını geciktirebileceği belirtilmiştir (6, 8). AD'nin sekonder semptomları arteriyel dal oklüzyonlarından kaynaklanır. Bu nedenle inme, akut MI ve organ iskemisine ait bulgular görülebilir (4).

AD'nin nadir görülmesi, geniş bir semptom yelpazesıyla prezente olması ve EKG değişikliklerinin MI ile benzerlik gösterebilmesi tanıda gecikmeye neden olabilir. Bu nedenle, özellikle ani başlayan sırt veya göğüs ağrısı olan ve klinik bulguları açıklanamayan hastalarda AD akılda tutulmalı; transtorasik ekokardiyografi, transözofageal ekokardiyografi ve BT anjiyografisi gibi hızlı görüntüleme yöntemleri gecikmeden uygulanmalıdır (9).

Tanı için bakıldığında, tamamen normal bir akciğer grafisi, normal D-Dimer düzeyleri olasılığı düşürse de AD'yi dışlamaz. EKG değişiklikleri AD olan hastalarda yaygındır, ancak tanı koydurucu bir şablon yoktur. Bizim olgumuzda da çekilen EKG, akut MI ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Acil pratiğinde AD'den şüphelenildiğinde, BT aortogramı veya transözofageal ekokardiyogram çekilmelidir (4). Olgumuzun koroner anjiyografisi sırasında diseksiyon flebinin görülmesinin akabinde, çekilen aort BT anjiyografisinde DeBakey Tip 1 AD olduğu tespit edilmiş ve Kalp Damar Cerrahisi tarafından acil ameliyata alınmış, ancak ameliyat esnasında exitus olmuştur.

Sonuç

Aort diseksiyonu nadir görülen, mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan ciddi bir durumdur. Tanı esnasında tipik olarak sırtta bıçaklanma ya da yırtılma tarzında ağrı yanında, göğüs ağrısı, hipotansiyon, senkop, bel ağrısı, karın ağrısı, bacak ağrısı ve inme kliniği ile de hekimlerin karşısına çıkabilir. Ek bulgular, tanıda kafa karışıklığına yol açarak AD tanısında gecikmeye neden olabilir. AD'nin tanısı aort BT anjiyografisi ile konulur. Öte yandan hastaların EKG'sinde koroner arter diseksiyonu veya iskemiyeye sekonder EKG değişikliklerinin oluşabileceği unutulmamalıdır.

Hasta Onamı: Çalışmanın yayınlanması için olgudan yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bu çalışmada yazarlar çıkar çatışması bildirmemektedir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için herhangi bir kurum ya da kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Ovalı C, Sevin MB. Akut aort diseksiyonu tanısı ile cerrahi tedavisi yapılan hastalara ait erken ve orta dönem sonuçları. *The Journal of Kırıkkale University Faculty of Medicine*. 2015;17(1):8-16.
2. Baman JR, Malaisrie SC. What is aortic dissection? *Jama*. 2023;330(2).
3. Zhou Z, Cecchi AC, Prakash SK, Milewicz DM. Risk factors for thoracic aortic dissection. *Genes*. 2022;13(10):1814.
4. Gary AJ LA. Aortic Dissection and Related Aortic Syndromes. In: Judith E. Tintinalli JSS, editor. *Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide*. 9 ed: New York: McGraw-Hill; 2019. p. 412-415.
5. Briggs B, Cline D. Diagnosing aortic dissection: A review of this elusive, lethal diagnosis. *JACEP Open*. 2024;5(4):e13225.
6. Reed MJ. Diagnosis and management of acute aortic dissection in the emergency department. *British Journal of Hospital Medicine*. 2024;85(4):1-9.
7. Bayat M, Bayat A, Blauenfeldt RA. Atypical painful stroke presentations: A review. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2022;146(5):465-474.
8. Newman-Toker DE, Peterson SM, Badihian S, Hassoon A, Nassery N, Parizadeh D, et al. Diagnostic Errors in the Emergency Department: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2022 Dec. Report No.: 22(23)-EHC043.
9. Muhammad R, Lefi A, Ghassani DN, Mulia EPB. An atypical presentation of aortic dissection: echocardiography for accurate detection. *Journal of Ultrasound*. 2022;25(3):737-743.