

Ani Ölüme Yol Açan İki Dissekan Aort Anevrizması (DAA) Olgusu

METİN ÖRSAL, FATMA YÜCEL

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas.

TWO CASES OF DISSECTING AORTIC ANEURYSM WHICH HAD CAUSED SUDDEN DEATH

Summary

Two cases of dissecting aortic aneurysm which were 21 and 40 years old and whose autopsies were carried out with the cause of suspicious death, were evaluated. It was determined from the autopsies that the sudden death was caused by cardiac tamponade formed by intrapericardial bleeding as a result of ruptures in ascending aorta.

It has been known that the major factor in dissecting aortic aneurysm is often psychological or physiological tension, due to the sudden increase in the blood pressure and 70 % of these aneurysms are seen in the ascending aorta.

Key Words : *Sudden death, aorta, rupture of dissecting aneurysm, autopsy.*

Özet

Kuşkuolu ölüm olarak adli otopsileri yapılan biri 21, diğeri 40 yaşında iki DAA olgusu değerlendirildi. Çıkan aortadaki rüptür nedeniyle kardiyak tamponat oluşturan intraperikardiyal kanamanın ani ölüme yol açtığı saptandı.

DAA'nda tetiği çeken faktörün çoğunlukla ruhsal veya fiziksel bir gerilim, dolayısıyla kan basıncının ani bir artışı olduğu gibi bunların da % 70'inin çıkan aortada görüldüğü bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler : *Ani ölüm, aorta, dissekan anevrizma rüptürü, otopsi.*

GİRİŞ

DAA, dolaşımdaki kanın aort duvarına girerek damar boyunca herhangi bir uzaklığa kadar ilerlemesiyle olur. Erkeklerde, 40-60 yaş arasında görülen, ani ölüme yol açabilen ciddi prognozlu bir klinik sendromudur (1,2). Aortik anevrizmanın arteriyosklerotik ve sifilitik tiplerinden sonra en az görülen formudur (1).

DAA arteriyosklerotik ve hipertansif kişilerde, Marfan Sendromu, Ehlers-Danlos Sendromu gibi konnektif dokunun genetik hastalıkları, aort koarktasyonu, bikuspit aort kapağı gibi konjenital bozuklukları olan ve aort kapağı değiştirilmiş kişilerde oluşma sıklığı fazladır (2-5). Hipertansiyonun % 80 hastada rastlanmasına karşın medial diseksiyona neden olup olmadığı kesin değildir. Artan arteriyel basınç medial inceliğe

yol açabilir. Bu kişilerdeki aortanın medial dejenerasyonunu Gsell ve Erdheim yıllar önce “kistik medial nekroz” diye tanımlamıştır. Ancak günümüzde Schlatmann ve Becker kistik medial dejenerasyonun, injuriye karşı spesifik olmayan bir yanıtı olduğunu savunmaktadırlar (3,6).

Aortik disseksiyon patogenezinde iki görüş vardır: Birinci görüşe göre aort disseksiyonunun temelinde intimanın yırtılması yatmaktadır (7). Kan, rüptür noktasından aort içine girmekte ve media tabakaları arasında kendine bir yol açmaktadır (1,6,7). En çok inanılan diğer görüşe göre ise, medial incelleme vazovazorumdan kanamaya, sonuçta da mediayı tabakalara ayıran intramural hematoma neden olur. Olguların yaklaşık % 10’unda intimal yırtıkların sekonder olarak görülmesi, bu görüşün savunucuları için dayanak noktası olmuştur (1,6,8).

Rüptürün semptom ve riskleri, anevrizmanın büyüklüğü ve ilerleme oranına bağlı farklılıklar gösterir (7). Göğüs, sırt, karın ve ekstremitelere doğru yayılan çok şiddetli bir ağrı vardır. Rüptür fazında hastalar hızla şoka girip ciddi kalp-solunum yetmezliği ve çok sayıda organ hipoperfüzyonu gelişmektedir. İki ekstremitede nabız eşit olmayabilir. Parapleji ve hemipleji gibi nörolojik lezyonlar meydana gelir (8).

OLGU 1

40 yaşındaki İ.Ş.’ye evinde intihar ettiği ihbarıyla 04.08.1994 günü saat 23.30’da ölüm nedenini tespit için adli otopsi yapıldı.

Erkek cesedinde belden aşağısının tamamen çıplak, tam soğumamış, ölü morluğunun sırtta ve ölü katılığının ekstremitelerde yeni başladığı tespit edildi.

İç muayenede: Perikardın gergin, her iki akciğerin diafragma yapışık olduğu, perikart kesesi açıldığında kesenin 300 ml. kan ve pıhtıyla dolu, kalbin boyutlarının 6x14x17 cm., ağırlığının 700 gr., sol ventrikülde dilatasyon ve duvarda incelleme olduğu görüldü.

Aort kapakları üstünden arkus aortaya kadar uzanan anevrizmadan perikardiyal alana açılan 1.5 cm. uzunluğunda rüptür izlendi. Akciğerler konjesyone olup sol akciğer 600 gr., sağ akciğer 700 gr., dalak 450 gr. tartıldı. Sol böbrek arka yüz üst kısmında 2 cm. çapında seröz kist saptandı. Başkaca patolojiye rastlanmadı.

OLGU 2

Koğuştta, istirahat anında 6.1.1995 günü saat 00:15’de birden rahatsızlanarak Sivas Askeri Hastanesi’ne götürülen 20 yaşındaki asker E.P.’nin yapılan muayenesinde; pupillerin fiks dilate olduğu, periferik nabız ve tansiyonun alınmadığı, spontan solunumunun olmadığı, reanimasyona yanıt alınamaması ve EKG’nin düz çizmesi

üzerine ölü duhul kabul edildiği öğrenildi. Ölümünden 12 saat sonra yapılan adli otopsisinde:

Ölü morluğunun ve ölü katılığının olduğu, dış lezyona rastlanmadığı tespit edildi.

İç muayenede: Sağ akciğerde tam, sol akciğerde ise parsiyel yapışıklık görüldü. Gergin perikart kesesi açıldı. Keseden 300 ml. kan boşaltıldı. Çıkan aortanın proksimalinde yaklaşık 1 cm.'lik rüptür tespit edildi. Rüptüre alandan ölçülen anevrizmanın uzunluğu 4 cm. idi. Bunların dışında patolojiye rastlanmadı.

TARTIŞMA

DAA rüptürü kardiyak tamponada neden olduğundan çok kısa sürede ölümle sonuçlanır. Kişinin kapalı bir yerde, evinde, yatağında veya ıssız bir alanda, kırdı, bayırdı, suda ölü bulunması ve neden öldüğünün bilinmemesi ya da tanı konulamadan aniden ölmesi kuşkulu ölüm adını alır. Adli tıpta kuşkulu ölümler çözümü en zor olgulardır. Hiçbir sebep olmadan, aniden ölüm olabileceği gibi önemsiz bir sebepten de olabilir. Ani ölümlerin çoğunlukla görünür ve gerektirici bir nedeni, bir de gerçek nedeni vardır. Kuşkulu ölümlerde gerektirici sebepler ön planda bulunur ve ölümün gerçek nedeni gibi görünür. Bunlar efor sarfı, yorgunluk, seksüel birleşme, hafif bir travma, düşme, sarhoşluk, öfke, korku, heyecan gibi aslında öldürücü nitelikte olmayan sebeplerdir. Kalp ve damar hastalıkları, sinir sistemi, sindirim sistemi, böbrek hastalıkları, böbrek üstü bezi, gebelik, endokrin sistemi bozuklukları, inhibisyon gibi sebepler ani ölümlerin gerçek nedenleridir. Ayrıca daha önce geçirilen bir travmanın komplikasyonu veya zehirlenme de kuşkulu ölümlerin gerçek nedenleri arasında olabilir. Tanı için otopsi yapılır, toksikolojik, mikroskopik inceleme, anamnez ile klinik veriler birlikte değerlendirilir (2,9-12). Çalışmamızdaki iki olgu da DAA rüptürü sonucu ani ölüm olması nedeniyle adli tıbbi açıdan kuşkulu ölüm sınıfına girmiş olmasıyla dikkate değerdir. Otopside tanısı kolaysa da basit travmalarla rüptür olduğunda illiyet (nedensellik) bağı kurulmasını gerektirmektedir.

Disseksiyon aortun mediasında 1/3 dış -2/3 iç tabakaların arasında yer alır ve proksimale ya da distale doğru kısa veya uzun bir mesafeye uzanır (1). Aortun bütün anevrizmatik disseksiyonlarının yaklaşık 2/3'si çıkan aortada olur (6). Disseksiyonun son bulunduğu yerde kan, aortun media ve adventisiasını yırtarak dışarı ya da daha nadir olarak lümen içine açılabilir. Eğer disseksiyon ile oluşan kanal yine lümen açılırsa spontan iyileşme görülebilir. Kanal endotelle döşenir ya da daha nadir olarak burada önce bir trombus gelişir, organize olur ve daha sonra fibrozis ile kanal kapanır. Rüptür, çıkan aortada ise kan perikarda açılarak kardiyak tamponat oluşumu ile ani ölüm meydana gelir (1,2). DAA'nda primer yırtıklar çoğunlukla aort kapağının 1-2 cm. üstünde görülür ve kardiyak tamponada yol açar (1,2,4,6). Çalışmamızda iki olguda da rüptür, çıkan aortanın proksimalinde lokalize olduğundan kardiyak tamponat gelişmiştir.

Bir çalışmada rüptür çapı % 49.9 oranında 1.1-3.0 cm. arasında olduğu görülmüştür (4). Olgularımızın birinde 1 cm.'lik, diğerinde 1.5 cm.'lik rüptür tespit edilmiştir.

Perikart kesesi içinde biriken kanın hızla 300 ml.'ye ulaşması karışıklığa neden olur. Ancak birikim yavaş yavaş olursa daha fazla miktarda kan birikim olabilir (4,11). İki olguda da perikart kesesinden 300 ml. kan boşaltılmıştır.

Kardiyomegali için kritik kalp ağırlığı 500 gr.'dır (12). Birinci olgumuzda kalp ağırlığı 700 gr.'dır. Diğer olgumuzda kalp ağırlığı belirtilmemekle birlikte normal bulunmuştur.

DAA'da travma nadiren olayın başlamasında etkili olup istirahat halinde veya herhangi bir etken ile kan basıncında meydana gelen ufak bir değişim sonucu oluşabilir (2,4,9). Çalışmamızda olguların ikisi de istirahat halinde DAA ile ölmüştür.

Bu çalışma, bize kuşku ölüm olgularında otopsi yapılmasının yararıyla ilgili olarak vurgularken her kuşku ölüm olgusunda otopsi yapılması gerekliliğini de göstermektedir.

KAYNAKLAR

- 1 Cotran, R.S., Kumar, V., Robbins, S.L. (1994) *Robbins Pathologic Basis of Disease*, p.467-516, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- 2 Anderson, W.A.D., Scotti, T.M. (1986) *Kısa Patoloji*, s.329-387, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- 3 Knight, B. (1991) *Forensic Pathology*, p.462, Edward Arnold, London.
- 4 Tüzün, B., Elmas, L., Aşirdizer, M., Akkay, E. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* (baskıda).
- 5 Masui, M., Wakasugi, C. (1991) *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 12(3), 252-254.
- 6 Hurst, J.W. (1982) *The Heart*, p.1440-1447, RR Donneley and Sons Company, New York.
- 7 Tekinsoy, B. (1992) *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1-2): 91-97.
- 8 Erman, M. (1982) *Kardioloji*, s.570-575, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- 9 Gök, S. (1994) *Adli Tıp*, s.57-97, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- 10 Kaptanoğlu, M., Aksoy, M., Doğan, K. (1995) *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1): 51-55.
- 11 Aykaç, M. (1993) *Adli Tıp*, s.70, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- 12 Özen, C. (1983) *Adli Tıp*, s.72, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Ayrı Baskı İçin :

Uz. Dr. Fatma Yücel

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Adli Tıp Anabilim Dalı,

58140 Kampüs-Sivas, Türkiye.