

TRAVMATİK AORT DİSEKSİYONU: OLGU SUNUMU

TRAUMATIC DISSECTION OF AORTA: A CASE REPORT

Seda ÖZKAN¹, Murat KOYUNCU¹, Afşın İPEKÇİ¹,
Levent AVŞAROĞULLARI¹, Halil DÖNMEZ², Polat DURUKAN¹

1 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri
2 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Başvuru Tarihi : 15.04.2010
Revizyon Tarihi : 20.04.2010
Kabul Tarihi : 20.04.2010

ABSTRACT

Traumatic dissection of aorta is a rare, high mortality clinical condition. In this case presentation, traumatic dissection aorta case diagnosed by lung x-ray due to suspect from tracheal shift, whose thoracic examination was normal and who was presented due to traffic accident was discussed.

Key words: Trauma, Dissection, Emergency Department.

ÖZET

Mortalitesi oldukça yüksek olan travmatik aort diseksiyonu nadir görülen bir klinik durumdur. Bu vaka sunumunda, trafik kazası ile gelen, toraks fizik muayenesi normal olup sadece akciğer grafisindeki trakea şiftinden şüphelenerek tanı koyduğumuz travmatik aort diseksiyonu olgusu tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Travma, Diseksiyon, Acil Servis.

Yazışma Adresi/Corresponding to:

Polat Durukan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Acil Servis 38039 Kayseri
e-mail: polatdurukan@gmail.com
Tel: 0 532 201 04 72

GİRİŞ

Aort diseksiyonu, kan basıncı ve aort duvarının yapısal anomalileri başta olmak üzere, çeşitli mekanizmaların ortak katkısıyla, aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu aortun tunika mediasının ayrılması ve kanın aort duvarının içine dolması olarak tarif edilir.¹ Aortun travmatik rüptüründe intima ve media lasere olmuştur, ancak mediada herhangi bir ikinci lümen yoktur.²

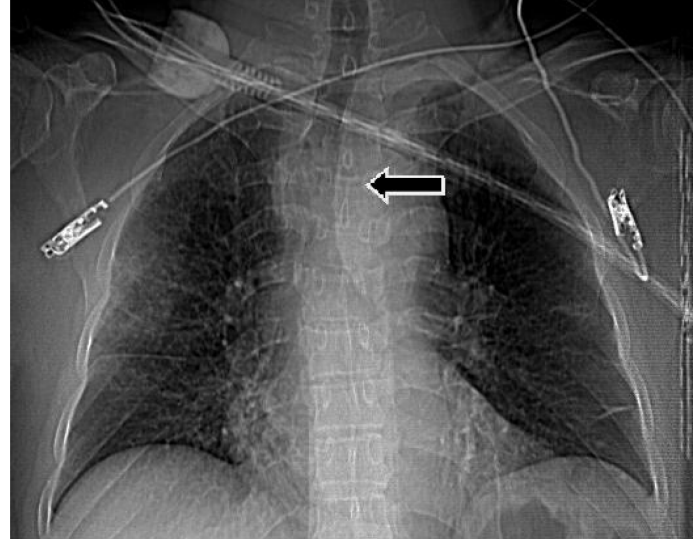
Diseke olan aort içinde kanın aktığı iki ayrı lümen oluşur. Bunlar gerçek ve yalancı lümenlerdir. Birbirinden flap denilen intimal membranla ayrılırlar. De Bakey ve arkadaşlarına göre, aort diseksiyonu başlangıcından itibaren ilk 14 gün akut diseksiyon, 14 gün-2 ay arası dönemde subakut aort diseksiyonu, iki aydan daha sonraki dönemlerde kronik aort diseksiyonu olarak adlandırılır.³⁻⁵

En sık yapılan sınıflandırma, De Bakey ve arkadaşlarının sınıflandırmasıdır. Buna göre proksimal aortadan başlayıp tüm aortayı tutan diseksiyonlar Tip I olarak adlandırılır. Sadece asendan aortayı tutanlar ise Tip II, sadece desenden aortayı tutanlar ise Tip III aort diseksiyonları olarak adlandırılırlar.⁶ Stanford sınıflandırmasına göre distal yayılım ne olursa olsun, asendan ve arkusu tutan diseksiyonlar Tip A, desenden aortayı tutanlar ise Tip B olarak adlandırılırlar.⁷

Akut travma sonrası oluşan aort diseksiyonları yüksek mortalite riski taşır. Stanford tip B aort diseksiyonlarında mortalite oranı %50-60 arasındadır.⁸ Bu vaka sunumunda literatürde oldukça nadir rastlanan travmatik aort diseksiyonunu özellikle tanısal yönünü tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

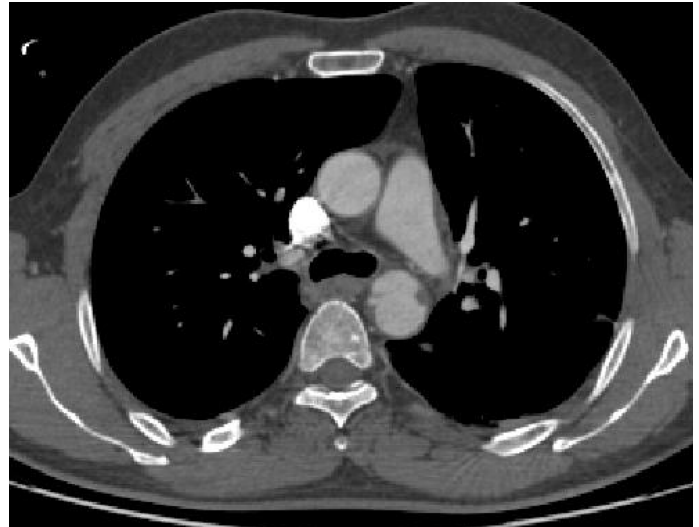
Araç içi trafik kazasına maruz kalan 53 yaşındaki erkek hasta ambulans ile acil servisimize getirildi. Genel durum orta, şuur açık, koopere ve oryante idi. Tansiyon arteriyel: 120/80 mmHg, Nabız 91 /dk, Solunum sayısı 18 /dk idi. Oksipital bölgede parçalı skalp kesisi mevcut idi. C5-6 servikal vertebra üzerinde palpasyonla hassasiyet olan hastanın solunum ve kardiyovasküler sistem muayenesi normal idi. Her iki klavikula üzerinde hassasiyet, sağ el dorsalinde yaklaşık 2 cm'lik cilt laserasyonu, lomber bölgede hassasiyet, sağ uyluk distalinde hassasiyet, sağ diz ödemli, sağ spina iliaca anterior superiorda hassasiyet, symphysis pubis üzerinde hassasiyet, sağ cruris üzerinde yaygın hassasiyet ve 1/3 orta kısımda cilt kesisi (açık kırık), sağ tibia proksimal ve distalinde hassasiyet ve krepitasyon, sol tibia 1/3 orta bölgede hassasiyet ve krepitasyon mevcut idi. Tam kan sayımı ve biyokimya tetkiklerinde Hb: 11.1 gr/dL, Htc: 33.3 %, CK: 3209 U/L, AST: 135 U/L, ALT: 96 U/L olarak tespit edildi. Servikal vertebra grafisinde C5 vertebra korpusunda anteriorda kortikal devamlılıkta defekt (şüpheli fraktür hattı) izlendi. Ekstremitte grafilerinde: sağ tibia 1/3 proksimal ve 1/3 orta segmentte parçalı cisim kırığı, sol tibia proksimal ve 1/3 orta-distal cisim kırığı, sağ femur lateral kondil kırığı, sağ pubis kolu non-deplase kırığı tespit edildi. Akciğer grafisinde trakeanın sağa deviye, parankimin normal, sinüslerin açık olduğu ve kot fraktürü olmadığı görüldü. Hastanın akciğer grafi bulguları nedeni ile kontrastlı toraks ve batın tomografisi çekildi. Arkus aorta ve inen aorta bileşkesinden başlayan 2 cm'lik fokal aort diseksiyonu ile uyumlu görünüm, inen aorta ve torasik aortayı çevreleyen hematoma ile uyumlu yumuşak doku dansitesi izlendi (Tip-3 Aort Diseksiyonu). Bu düzeyde trakea ve özefagus



Resim 1: Akciğer Grafisinde Trekeanın Deviasyonu



Resim 2: İnen Aortada Diseksiyon



Resim 3: İnen Aortada Diseksiyon

sağa deviyeye idi ve sağ akciğer üst lobda kontüzyon ile uyumlu görünüm izlendi (Resim-1, 2, 3).

Servikal fraktür nedeni ile Beyin Cerrahisi ile konsülte edildi. Servikal collar ile takip önerildi. Ekstremiteler kırıkları nedeni ile Ortopedi ve Travmatoloji ile konsülte edilen hastaya alçı atel ve sütürasyon yapılarak takip önerildi. Kalp ve Damar Cerrahisi ile konsülte edilen hasta takip amaçlı yoğun bakım ünitesine alındı. Medikal takip sonrası kırıklarının kesin tedavisi için Ortopedi kliniğine devredildi.

TARTIŞMA

Travmatik Aort Diseksiyonunda (TAD) yırtık, aortik duvarın tüm katlarını içerdiğinde aşırı kanamadan dolayı mortalite yüksek ve hızlıdır. Eğer aorttaki yırtık adventisyayı içermiyorsa, sıklıkla bir yalancı anevrizma oluşur. Özellikle hasta hipertansif ise, yalancı anevrizma genişleme eğilimindedir ve tedavi edilmezse 24 saat içinde yırtık oluşur. Bununla birlikte bazı travmatik yalancı anevrizmalar sağlam kalabilir ve 20 yıl veya daha uzun süre saptanamayabilirler.^{9,10} TAD tanısında tek ve en önemli faktör, travmanın doğasından kaynaklanan yüksek şüphedir. TAD olan hastalar genellikle eşlik eden diğer yaralanmalardan şikâyetçilerdir.¹⁰ Bu olguda toraks muayenesi normal olmasına rağmen çekilen akciğer grafisinde trakea sağa deviyeye idi. Bunun üzerine çekilen kontrastlı toraks tomografisi sonucunda diseksiyon tesadüfen tespit edilmiştir.

Travmatik aort diseksiyonunun kendisine ait olabilecek en sık şikâyet, adventisyanın diseksiyonuna ya da gerilmesine bağlı retrosternal veya interskapular ağrıdır. Daha nadir bulgular hematoma bağlı bası semptomları olan disfaji, stridor, dispne ve ses kısıklığıdır. Fizik muayenede, ilk değerlendirmede aort künt travması olan hastaların 1/3'ünde hiçbir eksternal torasik travma bulgusuna rastlanmaz. Aort yaralanmasına işaret eden fizik muayene bulguları ise, akut üst ekstremiteler hipertansiyonu, üst ve alt ekstremiteler nabız amplitüdünde farklılık, prekordiyum veya posterior interskapular bölgede sert sistolik üfürüm (tüm olguların %30'unda görülür), daha nadir olarak da superior vena kava sendromu ve radial nabız yokluğu gibi bulgulardır.⁹⁻¹¹ Bizim hastamızda da diseksiyonla ilgili bir şikâyet ve fizik muayene bulgusu yoktu.

Tanıda düz akciğer grafisi, bilgisayarlı toraks tomografisi, transözofajal EKO ve kesin tanı için de anjiyografi kullanılmaktadır.⁹⁻

¹² Düz akciğer grafisinde TAD tanısını düşündürücü bulgular

şunlardır: Mediasten genişliği önemli bulgulardan biridir. Mediasten genişliği aort topuzu seviyesinden ölçülmelidir; bulunan değer toraks çapına oranının 1/4'ten büyük olması gerekir. Yapılan çalışmalarda daha sonradan TAD olduğu belirlenen hastalarda, ayakta çekilen akciğer röntgeninde izlenen genişlemiş mediasten en duyarlı ve özgül bulgu olduğu gösterilmiştir. Ayrıca özofagusun sağa deviyasyonu (takılan gastrik tüpün sağa deviyasyonu); aort kavisinin ya da çıkan aortun bulanıklaşması; apikal başlık varlığı; sağ paratrakeal çizginin genişlemesi; ilk iki kosta veya sternumda kırık olması; aortikopulmoner pencerenin opasifikasyonu ve hemotoraks bizi aort diseksiyonu yönünde düşündürülen bulgulardır.^{10,12,13} Vakamızda da akciğer grafisindeki trakeanın sağa deviyasyonu bizi şüphelendirmiş ve daha ileri bir tetkik olan bilgisayarlı tomografi yapılmıştır.

Çekilen düz grafinin normal olması aort yırtığının dışlanması anlamına gelmemelidir. Çünkü hastaların yaklaşık 1/3'ünde mediasten genişlemesi veya diğer karakteristik bulgular travmadan saatler sonrasına kadar izlenmeyebilir. Sonuçta ciddi toraks travması geçiren hastalarda ilk gün 6-12 saatte bir, daha sonra da en az üç günde bir olmak üzere seri akciğer grafileri çekilmelidir.⁹⁻¹²

Bütün yapılan çalışmalarda akut proksimal diseksiyonlu hastaların %50'den fazlasının ilk 48 saat içinde kaybedildiği saptanmıştır.¹⁴ Bu saat başına %1-3 arasında değişen mortalite riski demektir. Ancak akut distal diseksiyonlu hastalarda acil cerrahi yapılması tartışmalıdır.¹⁵ Sadece medikasyona yanıt vermeyen hipertansiyon, ağrı, organ perfüzyon bozukluğu ve aort çapında artış görüldüğünde yapılmalıdır. Yapılan çalışmalar komplikasyon olmayan distal diseksiyonlu hastalarda acil cerrahi uygulamayla, hastaları medikal tedavi ve gözlemede tutmanın, mortalite ve morbiditeyi önemli miktarda değiştirmede göstermektedir.¹⁶

SONUÇ

Yüksek enerjili travmalarda toraks üzerinde lezyon olmasa dahi büyük damar yaralanmaları olabilmekte ve bu yaralanmaya bağlı ölümler ilk dakikalar içinde görülmektedir. Ancak, TAD bulguları silik olabileceği için öncelikle bu yaralanmadan şüphelenmek gerekir. Özellikle hastayı getirenlerden travmanın oluş şekli hakkında ayrıntılı hikaye alınması önemsiz gibi görülse de TAD şüphesi için birçok ipucu verir. Ayrıca, fizik muayene ve PA Akciğer grafisindeki bazı bulgular da bizi şüphelendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Robbins RC, McManus RP, Mitchell RS, Latter DR, Moon MR, Olinger GN, et al: Management of patients with intramural hematoma of the Thoracic aorta. *Circulation*, suppl. II, 1993;88:1.
2. Klima T, Spjut HJ, Coelho A, Gray AG, Wukasch DC, Reul GJ Jr, Cooley DA. The morphology of ascending aortic aneurysms. *Hum Pathol* 1983;14:810.
3. DeBakey ME, Beall AC Jr, Cooley DA, Crawford ES, Morris GC Jr, Garrett HE. et al: Dissecting aneurysm of the aorta. *Surg Clin North Am* 1966;46:1045.
4. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW: Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine* 1958;37:217.
5. Levinson DC, Edmeades DT, Griffith GC: Dissecting aneurysm of the aorta: its clinical, electrocardiographic and laboratory features. A report of fifty-eight autopsied cases. *Circulation* 1950;1:360.
6. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, Howell J, Noon GP. et al: Dissecting aneurysm of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patients treated surgically. *Surgery* 1982;92:1118.
7. Nakashima Y, Kurzumi T, Sueshiji K, Tanaka K. Dissecting aneurysm: a clinicopathologic and histopathologic study of 111 autopsied cases. *Hum Pathol* 1990;21:291-6.
8. Özsöyler İ, Yafla H, Lafçı B, Yılık L, Gürbüz A. Travmatik Akut Torasik Aort Diseksiyonunda Endovasküler Tedavi: Olgu Sunumu Olgu sunumu. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2007;15:158-161.
9. Brown J, Grover FL, Trauma to the Heart. *Chest Surg Clin Am* 1997;7:325-41.
10. Akköse Ş, Bulut M, Çıkrıklar Hİ, Armağan E, Ateş M. Travmatik Aort Yırtığı: Olgu Sunumu. *Ulus Travma Derg* 2004;10:57-59.
11. Bowling WM, Wilson RF, Bucham TG. Thoracic Trauma. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2000 p.1675-99.
12. Dahnert WF. *Radiology Review Manual*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
13. Emedicine.com [homepage on the Internet] Bowman JG. Pneumothorax, tension and traumatic. (Available from: <http://www.emedicine.com/EMERG/topic470.htm>)
14. Lindsay JJ, Hurst JW: Clinical features and prognosis in dissecting aneurysm of the aorta. *Circulation* 1967;35:880.
15. Glower DD, Fann JI, Speier RH, Morrison L, White WD, Smith LR. et al: Comparison of medical and surgical therapy for uncomplicated descending aortic dissection. *Circulation* 1990;82:39.
16. Görür DA. Tıp I Aort Diseksiyonu ve Anjiyotensin dönüştürücü Convertin Enzim (ACE) Gen Polimorfizmi. Uzmanlık Tezi. İstanbul-2006.