

## OLGU SUNUMU

**Akut Inferior Miyokard İnfarktüsü ile Prezente Olan Aort Diseksiyonu**<sup>1</sup>Uğur Küçük, <sup>2</sup>Bahadır Kırılmaz<sup>1</sup>Sivas Numune Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, <sup>2</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Kardiyoloji A.B.D

Geliş Tarihi: 17.12.2018; Kabul Tarihi: 10.09.2019

**ÖZET**

Aort diseksiyonu, aortun intima ve media tabakasının birbirinden ayrıldığı, acil tanı ve tedavi gerektiren kardiyovasküler acillerden biridir. Göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda elektrokardiyografilerde akut miyokard infarktüsü bulguları saptanabilir. Bizde acil servisimize göğüs ağrısı ile başvuran akut inferior miyokard infarktüsü tanılı akut aort diseksiyonu olan hastayı sunmaya çalıştık.

**Anahtar kelimeler:** Aort diseksiyonu, akut inferior miyokard infarktüsü

**Aortic Dissection Presenting with Acute Inferior Myocardial Infarction**

**ABSTRACT**

Aortic dissection is a cardiovascular emergency requiring urgent diagnosis and treatment in which the intima and media of the aorta are separated from each other. In patients presenting with chest pain, acute myocardial infarction findings can be detected in electrocardiography.

**Key words:** Aortic dissection, acute inferior myocardial infarction

**GİRİŞ**

Aort diseksiyonu, aortun media ve intima tabakasının birbirinden ayrıldığı erken tanı ve tedavi gerektiren, 48 saat içinde mortalitesi %50'leri geçen klinik bir tablodur. 40 yaş üstünde ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülür (1,2).

Hastalar ani başlayan göğüs üzerinde yırtıcı tarzda ağrı tarif etselerde atipik klinik yakınmalar mevcut olabilir. Bu nedenle senkop, parapleji ve miyokard enfarktüsü tanısı dahi alabilirler. Bizde acil servisimize göğüs ağrısı ile başvuran akut koroner sendrom bulguları olan ancak klinik bulgulardan

şüphelenip transtorasik ekokardiyografi ile aort diseksiyonu tanısı koyduğumuz akut inferior miyokard infarktüs ön tanılı akut aort diseksiyonu olan hastayı sunmaya çalıştık.

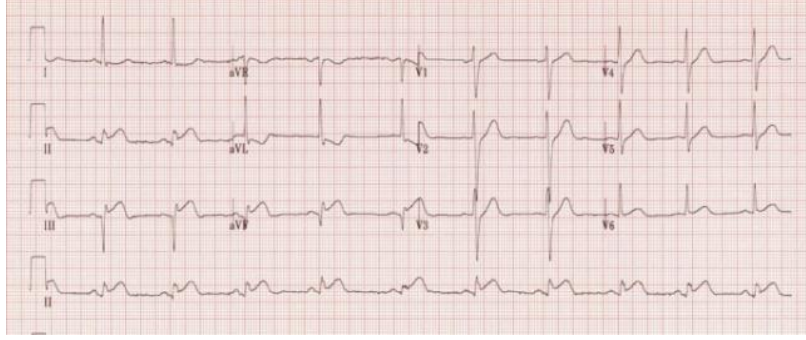
**OLGU SUNUMU**

45 yaşında erkek hasta son iki gündür baskı tarzında göğüs ağrısı ve sırta yayılan yırtıcı karakterde ağrı şikayetleri ile acil servise başvuruyor. Özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın koroner arter hastalığı açısından aile öyküsü pozitif. Fizik muayenesinde; kalp hızı 110 atım/dk, arteriyel kan basıncı 90/60 mmHg idi. Kalp seslerinde aortik odakta middiyastolik üfürüm mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde kardiyak enzimlerde anlamlı artış yoktu. (Kütle CK-MB:32,1 mg/dl (referans değer 0-4.88 ug/ml), Troponin I:<0,100 mg/dl (referans değer <0,3 ug/L).

Çekilen elektrokardiyografide inferior derivasyonlarda (D2, D3 ve aVF 2 mm'lik) st segment elevasyonu görüldü. (Şekil 1).

Hastaya yatak başı yapılan transtorasik ekokardiyografide (parasternal uzun aks pencerede çıkan aortada diseksiyon flebi görünümü) çıkan aortada flep saptandı. Bunun üzerine tanı ve tedavide büyük önemi olduğu için hastaya transözofageal ekokardiyografi (TEE) yapıldı. Hastada yapılan TEE uzun eksen ~120° orta özofagus düzeyi görüntülerde diseksiyon flebi izlendi. Aort kapak görünümü normal olarak izlendi. (3 MHz transdüserli Philips HD 11 ekokardiyografi cihazı (Philips Medical System, Andover, ABD) (Şekil 2).

Ardından zaman kaybetmeden diseksiyon hattının uzanımı açısından torakal aorta BT anjiyografi çekildi. Çıkan aortada diseksiyon flebi izlendi. (Şekil 3).



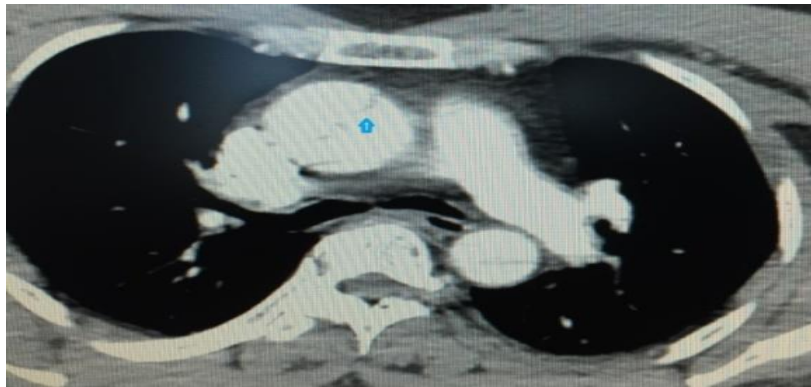
(D2,D3 ve aVF derivasyonlarında 2 mm'lik st segment elevasyonu, D1, aVL derivasyonlarına 1 mm'lik st segment depresyonu)

**Şekil 1.** Akut inferior miyokard infarktüs ile uyumlu elektrokardiyografi



(Uzun eksen  $\sim 120^\circ$  orta özofagus düzeyi görüntülerde diseksiyon flebi izlenmektedir)

**Şekil 2.** Transözofageal ekokardiyografi diseksiyon flebi gösteren kesit



(Bilgisayarlı tomografi kesitinde çıkan aortta diseksiyon flebi izlenmektedir.)

**Şekil 3.** Diseksiyon flebini gösteren kesit

Diseksiyon flebinin çıkan aortadan başlayıp, arcus aortanın bitiminde sonlandığı izlendi. Hastada aort diseksiyonu tanısının kesinleşmesinden sonra kalp damar cerrahisi ile konsülte edilip acil cerrahi operasyona alındı.

Acil kardiyopulmoner bypassa geçilerek hasta 18 °C' a kadar soğutuldu. Kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Dacron 30 mm grefti (Hemashield Gold; Boston Scientific Medi-Tech. Wayne, NJ, ABD) ile aortaya anastomoz edildi. Greftin uygun kısmı rezeke edildi. Kardiyopulmoner bypassdan inotrop destek olmadan çıkıldı. Başarılı cerrahi operasyondan beş gün sonra hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Aort diseksiyonlarında hastane mortalitesi yaklaşık %10 olmakla birlikte eğer komplikasyon gelişirse mortalite üçte bir artmaktadır.

Aort diseksiyonlarında iki türlü sınıflandırma yapılmaktadır.

*Stanford sınıflaması;*

- Tip A çıkan aortta (cerrahi gerektirir)
- Tip B inen aortta (medikal tedavi edilir)
- De Bakey sınıflaması;
- Tip 1 çıkan aort, ark ve inen aorta
- Tip 2 sadece çıkan aortta
- Tip 3 sadece inen aortu tutanları

Genellikle Tip A diseksiyonlarında nadir olmakla birlikte akut koroner sendromlara daha sık rastlanmaktadır. Sunduğumuz olguda olduğu gibi aort diseksiyonu tanılı hastanın acil servise başvurusu ani başlayan ve şiddetli göğüs ağrısı olabileceği gibi atipik yakınmalar ile başvuracağı da akılda tutulmalıdır.

Aort diseksiyon tanılı hastalarda tutulum hattının seviyesine göre koroner arter oklüzyonu gelişebilmektedir ve eşlik eden komplikasyonlar mortaliteyi artırmaktadırlar.

Bu hastalarda preoperatif koroner anjiyografinin (KAG) faydası tartışmalıdır. Ameliyat öncesi KAG nadiren gerekebilmektedir ve özellikle vitalleri stabil olan miyokard iskemisi riski yüksek olan hastalara uygulanabilmektedir. Yöntem olarak invaziv yöntemden yerine bilgisayarlı tomografi ve MR anjio gibi noninvaziv

yöntemler tercih edilmezdir. Yapılmış çalışmalarda preoperatif yapılan KAG hastanede yatış sürecinde ve taburculuk sonrası uzun süreli dönemde mortalitede anlamlı değişikliklerle ilişkili bulunmamıştır (3).

Diseksiyon flebinin koroner ostiuma uzanımı ve aort kapak tutulumuna göre uygulanacak cerrahi teknikler değişebilmektedir. Bentall, Cabrol veya David gibi prosedürlerin uygulanması gerekebilir. (4).

Çoğunlukla sağ koroner arter oklüzyona uğramaktadır ve klinikte daha fazla inferior miyokard infarktüsü hastayla karşılaşmaktayız (5).

Güncel ESC kılavuzunda STEMI tanılı hastada ekokardiyografinin tanıda öncelikle yeri yoktur. (Öneri düzeyi IIb, Kanıt düzeyi C)

Bu olgumuzu yayınlamamızdaki amaç, acil servise başvuran özellikle atipik yakınmaları olan hastalarda aort diseksiyonu miyokard infarktüsü tanısı ile karışabileceğinden erken tanısı konulması gerekir. Tedavilerinin tamamen farkı olmasından dolayı ayırıcı tanıda mutlaka aklımızda bulundurmamız gerekmektedir. Özellikle kardiyojenik şoktaki ve yırtıcı tarzda ağrısı olan hastalarda yapabiliyorsak acil yatakbaşı ekokardiyografik görüntülemeye yer vermemiz gerekmektedir.

**Çıkar çatışması:** Yoktur.

**Finansal destek:** Yoktur.

## KAYNAKLAR

1. Açıkalin A, Satar S, Akpınar O et al. Aort diseksiyonu: bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastalarda iki yıllık klinik deneyim. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005; 5:32-5.
2. Wu BT, Li CY, Chen YT . Type A Aortic Dissection Presenting with Inferior ST-Elevation Myocardial Infarction. Acta Cardiol Sin. 2014 ;30(3):248-52.
3. Ramanath VS, Eagle KA, Nienaber CA, et al. The role of preoperative coronary angiography in the setting of type A acute aortic dissection: insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. Am Heart J. 2011;161(4):790-796.e1.
4. Kourliouros A, Soni M, Rasoli S et al. Evolution and current applications of the

Cabrol procedure and its modifications. *Ann Thorac Surg.* 2011;91(5):1636-41.

5. Wang ZG, Zhao W, Shen BT et al. Successful treatment of a case of acute myocardial infarction due to type A aortic dissection by coronary artery stenting: A case report. *Exp Ther Med.* 2015;10(2):759-762.