



Şiddetli Bel Ağrısı ile Acil Servise Başvuran Aort Diseksiyonu Hastası

Aortic Dissection Presenting with Acute Low Back Pain

Evren YÜVRÜK, Ersin HACIYAKUPOĞLU, Sait NADERİ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Nöroşirürji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi: Evren YÜVRÜK / E-posta: evreny82@gmail.com

ÖZ

Abdominal aort anevrizması ve bunun sonucunda oluşan diseksiyon, kardiyovasküler açıdan hızlı tanı ve tedavi gerektiren en önemli acil durumlardandır. Çoğu aort anevrizması ateroskleroza bağlı oluşmakla birlikte, en önemli risk faktörleri; hipertansiyon, sigara ve hiperkolesterolemidir. Ana semptomu akut başlangıçlı göğüs ağrısı olsa da atipik şikayetler de ilk semptom olabilmektedir. Doğru anamnez ve klinik muayene, uygun tanı ve tedavi metodları ile daha iyi sonuç elde etmek mümkündür. Çalışmada, akut bel ağrısını taklit eden, akut abdominal aort diseksiyonu hastası sunulmuştur. Atipik bel ağrısının ayırıcı tanısında abdominal aort diseksiyonun akıldan tutulması gerekliliği vurgulanmıştır. Tanı ve tedavide gecikme durumunda mortalite ve morbiditesi yüksek olan bu hastalık literatür eşliğinde tartışılmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Abdominal aort diseksiyonu, Bel ağrısı

ABSTRACT

Abdominal aortic aneurysm and dissection are one of the major cardiovascular emergencies that have to be diagnosed and treated rapidly. Most aneurysms are caused by atherosclerosis and their associated risk factors include hypertension, smoking and hypercholesterolemia. Acute chest pain is the major symptom but an atypical clinical presentation can also be seen. Focused history, clinical examination, appropriate diagnostic methods and management are essential for good outcomes. In this paper, a case of acute abdominal aortic dissection mimicking acute low back pain is presented. It is concluded that aortic dissection should be kept in mind in the differential diagnosis of atypical low back pain.

KEYWORDS: Abdominal aortic dissection, Low back pain

GİRİŞ

Ölümcül kardiyovasküler acillerin başında gelen akut aort diseksiyonu, ilk 48 saat içinde tanı ve tedavide gecikme durumunda, her bir saat için mortalitede %1 kadar artışa neden olan bir hastalıktır (9). Sıklıkla kontrolsüz hipertansiyonun neden olduğu bu hastalıkta hastalar, acil servislere sıklıkla ani, şiddetli göğüs ön duvarında ağrı ile başvururlar. Aort diseksiyonu tanısı alan hastaların %62-78'indeki en önemli predispozan faktör hipertansiyondur. Özellikle ileri yaş ve erkeklerde, kadınlara oranla daha sık görülen bu hastalık grubunda (14), tanının hızlı konup tedaviye başlanmaması durumunda hayatı tehdit edici sonuçlar doğmaktadır (5, 6).

Tipik şiddetli göğüs ve sırt ağrısı yanında, hastalar atipik şikayetlerle de acil servislere başvurabilmektedirler. Bel ağrısı, karın ağrısı, ekstremitelerde iskemi bulguları ve nörolojik bulgular atipik bulguların örneklerindedir (3). Bu atipik bulgular ile ortaya çıkan aort diseksiyonu tablolarında genellikle hastalar yakınmaların tipine göre diğer branş hekimlerine başvurabilmekte, bu da yanlış tanıya ve tedavide gecikmeye neden olabilmektedir. Bu sebeple risk grubu olan hastaların acile atipik bulgularla başvurmaları durumunda da akut aort diseksiyonu tanısı mutlaka akla gelmeli, buna yönelik uygun tetkik ve görüntüleme yöntemleri istenmelidir.

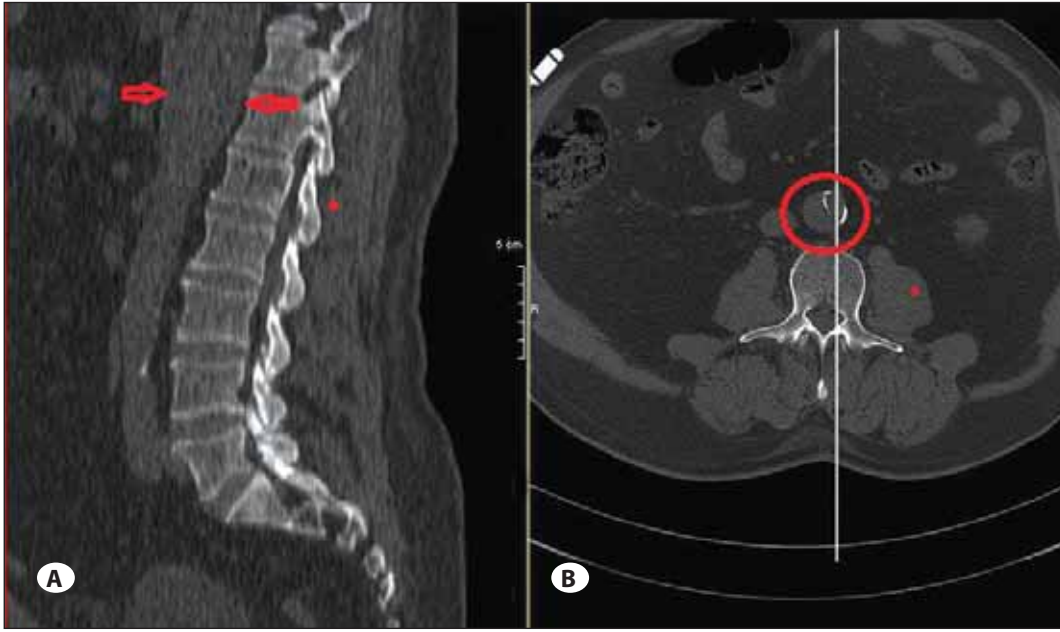
Bu çalışmada lumbaljiyi taklit eden bir klinik tablo ile acile başvuran, yapılan incelemelerinde aort diseksiyonu saptanan bir olgu sunularak, konuyla ilgili literatür gözden geçirilecektir.

OLGU SUNUMU

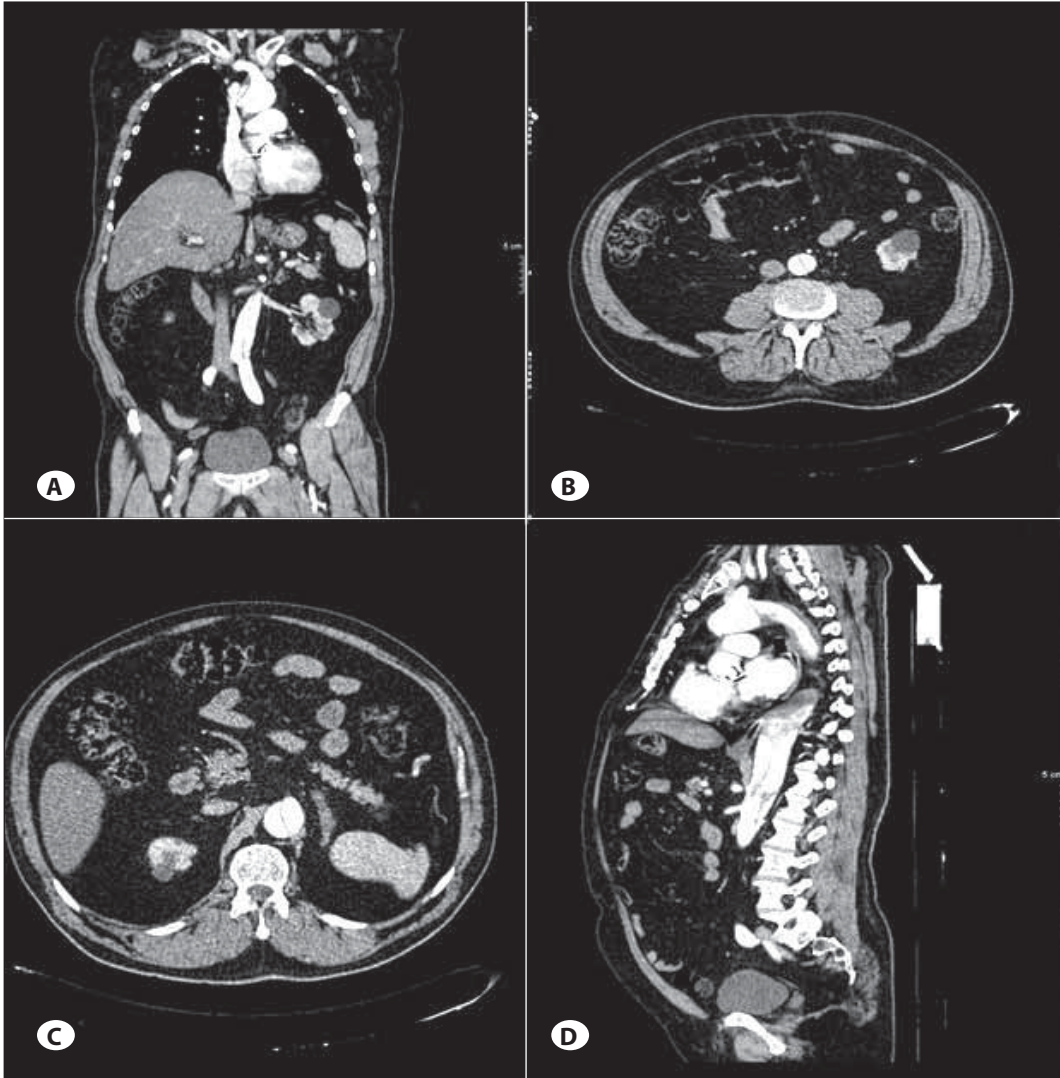
Altmış sekiz yaşında erkek hasta, şiddetli bel ağrısı nedeniyle ambulansla acil servise getirildi. Acil cerrahi hekimi tarafından değerlendirilip, lomber disk hernisi ön tanısıyla tarafımıza konsülte edildi. Hasta, tarafımızca görüldüğünde; bilinç açık koopere, oryante, Glasgow Koma Skoru (GKS) 15'ti. Vital bulguları; Kan Basıncı 150/90 mmHg, nabız 45 atım/dakika, ateş 36 derece olarak saptandı. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde herhangi bir nörodefisit saptanmadı. Hastadan alınan anamnezde; bu sabah yoğun, baskı şeklinde başlayan, onu hareketsiz bırakan sırt ve bel ağrısı olduğu öğrenildi. Son iki gündür de sol kolunda dermatomal olmayan uyuşmanın olduğu, bu sabahta yakınmalarına bel ve sırt ağrısının eklendiği, 4 yıl önce de akut aort diseksiyonu nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Bunun üzerine alınan tam kan sayımı, biyokimya ve kardiyak markerleri normal sınırlarda tespit edildi. Eforla yorgunluk ve ağrı tarifleyen, anamnezinde aort diseksiyonu nedeniyle operasyon öyküsü olan hastadan lomber bilgisayarlı tomografi (BT) ve abdominal BT anjiyografi istendi. Çekilen BT anjiyografide (Şekil 1A,B; 2A-D) torakal aortadan başlayıp, femoral artere kadar uzanan aort diseksiyonu saptanması üzerine kardiyovasküler cerrahi (KVC) konsültasyonu alındı ve KVC ekibi tarafından acil şartlarda operasyona alındı.

TARTIŞMA

Yetişkin bir kişi hayatı boyunca (%90'dan fazla) en az bir kez bel ağrısı yaşar (1). Amerika Birleşik Devletlerinde yılda yaklaşık 15



Şekil 1: Lomber sagittal (A) (Her iki ok arasındaki aorttaki patolojik genişleme görülmekte) ve aksiyel (B) (Büyük yuvarlak içine alınan kesitte, aorttaki genişleme görülmekte) kesit BT görüntüsü.



Şekil 2: Abdominal BT anjiyografi koronal (A), aksiyel (B, C) ve sagittal (D) kesitlerde aort diseksiyonu görülmektedir.

milyon kişi akut bel ağrısı şikayeti çektiği bildirilmiştir (7). Akut bel ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların %90-95'inde önemli bir patoloji tespit edilmezken, %5-10'unda hayatı tehdit edici, erken tanı konup hızlı tedavi edilmesi gereken hastalıklar unutulmamalıdır. Torasik aortik diseksiyon, abdominal aortik anevrizma, spinal epidural abseler, spinal epidural metastazlar ve de spinal kord kompressif sendromları bulunan hastalar da acil servise sadece akut bel ağrısı ile başvurulabilir (15). Bu grup hastalara doğru tanı konulup tedavi edilmezler ise, mortalite ve morbidite oranlarının çok yüksek olduğu unutulmamalıdır.

Aort diseksiyonu, aortik intimada yırtık şeklinde başlayıp, media tabakasının intramural kan akımının zorlayıcı basıncından dolayı zedelenmesi sonucu oluşur. Yüksek basınçlı kan akımı hasarlı olan media tabakasını penetre edip, median laminer tabakayı ikiye ayırır ve neticede aort diseke olur (2). Böylece tipik yırtıcı, batıcı karakterde olan göğüs ve sırt ağrısı ile hastalık kendini belli eder (13). Özellikle ağrının yerinin diseksiyon bölgesini gösterdiği ve desteklediği bilinmektedir.

Spittel ve ark.nın yaptığı çalışmalara göre, göğüs ağrısı sadece anterior yerleşimli ise asendan aort tutulumu varken, göğüs ağrısı interskapüler, sırt, abdomen veya alt ekstremitelere vuruyorsa desendan aort tutulumu olabileceği bildirilmiştir (12). Bizim olgumuzda da klinik ile lokalizasyonun korele olduğu görülmüştür.

Hagan ve ark.nın yaptığı bir çalışmada, 464 akut aort anevrizma tanısı almış hastada ağrının lokalizasyonuna bakılmış, en sık lokalizasyon % 73 oranla göğüsde, %53 oranda bel ve sırtta, %30 oranla da karında olduğu tespit edilmiştir (6).

Bizim olgumuzda olduğu gibi hastalar sadece diseksiyon sonrası ağrı ile değil, %18-30 oranında nörolojik defisit, %5-10 oranında da serebral iskemiyile de acil servise başvurulabilir. Spinal kord iskemisi ve iskemik periferik nöropati de %10 hastada görülebilmektedir (4). Akut aort diseksiyonu sonrası bel ve sırt ağrısından, progresif miyelopati, anterior spinal kord sendromu, parapleji ve kuadriplejiye kadar birçok nörolojik tablonun karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır (8).

Aort diseksiyonu görülme insidansı milyonda 5-30'dur (10). Sıklığı göreceli az olmasına karşın tedavi edilmemiş aort diseksiyon olgularının %25'e yakını ilk gün içinde, %75'e yakını ikinci haftanın sonunda ölmektedir (9,14). Mortalitesi yüksek bu hastalarda erken tanı koymanın önemi, özellikle atipik klinik ile acil servise başvuran hastaların tetkik ve tedavilerinde akıldan çıkmamalıdır. Görülme oranı sık olmayan, ancak görüldüğünde mortalite ve morbiditesi çok yüksek oranlara ulaşan aort diseksiyon olgularının, bizim olguda olduğu gibi acil servislere sıkça başvuru sebebini oluşturan bel ağrısı ile gelmesi, hekimlerin iyi anamnez ve klinik muayene ile hastaları gözden geçirmeleri gerekliliğini göstermektedir. Akut bel ağrısı ile acile başvuran hastalarda, diğer mortalitesi yüksek patolojilerden farklı olarak aort diseksiyonunda, risk faktörlerinin varlığı tanıya gitmemizde yardımcı olmaktadır (11). Son yıllarda artan hekimlere yönelik dava kararlarında, sıklıkla ayrıntılı değerlendirme yapılmadan konulan tanılara bağlı hekimlerin kusurlu buldukları görülmektedir. Bizim olguda daha önce aort diseksiyonu operasyonu öyküsü tanıyı

kolaylaştırmışsa da, atipik bulguların eklendiği bel ve sırt ağrılarında aort diseksiyonu akla gelmelidir.

Acil servise bel ve sırt ağrısı ile başvuran, anamnezinde ve özgeçmişinde uyarıcı durumların olduğu hastalarda yüksek mortalite ile seyreden akut aort diseksiyonu tanısı unutulmamalı, klinik şüphe durumunda ilgili tetkik ve konsültasyonların yapılması gerekmektedir. Bu tip hastalarda hızlı ve doğru tanı koyarak, erken tedavi sağlanıp mortalite oranları azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Della-Giustina DA: Orthopedic emergencies: Emergency department evaluation and treatment of back pain. *Emerg Med Clin N Am* 17(4):877-893, 1999
2. Dimairo V, Dimairo D: Death due to natural disease. In: *Forensic Pathology*. 2. baskı. Washington: CRC press LLC, 2001: 57-58
3. Farina GA, Kwiatkowski T: Aortic dissection. *Prim Care Update Obs Gyns* 10:161-166, 2003
4. Gerber O, Heyer EJ, Vieux U: Painless dissections of the aorta presenting as acute neurologic syndromes. *Stroke* 17: 644-647, 1986
5. Golledge J, Eagle KA: Acute aortic dissection. *Lancet* 372: 55-66, 2008
6. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, Evangelista A, Fattori R, Suzuki T, Oh JK, Moore AG, Malouf JF, Pape LA, Gaca C, Sechtem U, Lenferink S, Deutsch HJ, Diedrichs H, Marcos y Robles J, Llovet A, Gilon D, Das SK, Armstrong WF, Deeb GM, Eagle KA: The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insights into an old disease. *JAMA* 283:897-903, 2000
7. Hart L, Deyo R, Churkin D: Physician office visits for low back pain. *Spine* 20:11-19, 1995
8. Holloway SF, Fayad PB, Kalb RG, Guarnaccia JB, Waxman SG: Painless aortic dissection presenting as a myelopathy. *J Neurol Sci* 120:141-144, 1993
9. Kaya MG, Mavili E, Doğdu O, Doğan A, Inanç MT, Baykan A: Acute type A aortic dissection in a patient with ventricular septal defect. *Cardiovasc Revasc Med* 11(3):186-188, 2010
10. Khan IA, Nair CK: Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest* 122(1): 311-328, 2002
11. Rogers RL, McCormack R: Aortic disasters. *Emerg Med Clin N Am* 22: 887-908, 2004
12. Spittel PC, Spittel JA Jr, Joyce JW, Tajik AJ, Edwards WD, Schaff HV, Stanson AW: Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: Experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc* 68: 642-665, 1993
13. Sullivan PR, Wolfson AB, Leckey RD, Burke JL: Diagnosis of acute thoracic aortic dissection in the emergency department. *Am J Emerg Med* 18: 46-50, 2000
14. Wilson SK, Hutchins GM: Aortic dissecting aneurysms: Causative factors in 204 subjects. *Arch Pathol Lab Med* 106:175-180, 1982
15. Winters EM: Chapter 4: Management of patients with acute back pain in the ED. In: Mattu A, Goyal D (eds). *Emergency Medicine: Avoiding the Pitfalls and Improving the Outcomes*. Emergency Medicine & Trauma 2008:33-38