

OLGU SUNUMU

Semih Korkut¹
Mehmet Çıkman¹
Hayati Kandış¹
Sami Karapolat²
Harun Güneş¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Acil Tıp Anabilim
Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Göğüs Cerrahisi
Anabilim Dalı, Düzce

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Hayati Kandış
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce,
Telefon: 0 (380) 5421390 / 5197
Faks: 0 (380) 5421387
E-mail: hayatikandis@yahoo.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Acil Serviste Ayak Ağrısının Nadir Bir Sebebi: Aort Disseksiyon Olgusu

ÖZET

Aort disseksiyonu aort kökünden iliak ayrımına kadar her bölümünde oluşabilen hızlı tanı ve tedaviyi gerektiren ölümlü sonuçlanabilen bir tablodur. Sık belirti ağrı olup vücudun göğüs, boyun, sırt, interskapuler alanında prezente olabilir. Bunun dışında anksiyete, senkop yüksek tansiyon ile de karşımıza çıkabilir. Bu yazımızda kırk altı yaşında sağ ayakta uyuşukluk ve ağrı nedeni ile acil servisimize başvuran ve DeBakey Tip I aort disseksiyon tanısı koyduğumuz bir bayan hastamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Aort disseksiyonu, ayak ağrısı, ölüm.

A Rare Cause of Foot Pain in the Emergency Room: an Aortic Dissection Case

SUMMARY

Aortic dissection is a fatal condition that can originate from any point of the aorta between the root of the aorta and iliac bifurcation so it necessitates early diagnosis and treatment. The most common sign is pain and it may appear in the chest, neck, back or interscapular area. Additionally, it may present with anxiety, syncope or high blood pressure. In this article, we aimed to present a 46 year old female patient admitted to our emergency department due to paresthesia and pain in the right foot and took the diagnosis of DeBakey Type 1 aortic dissection.

Key words: Aort dissection, foot pain, dead.

GİRİŞ

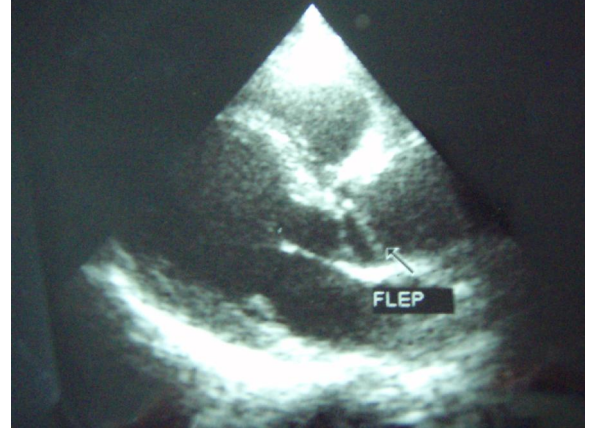
Aort disseksiyonları damar cerrahisinde ki önemli gelişmelere rağmen hayatı tehdit etmeye devam etmektedir. Mortalite oranları tıbbi tedaviye rağmen %10 civarındadır (1). Disseksiyon varlığı hızlı tanı ve tedaviyi gerektirmektedir. Hastalar acil polikliniğe sıklıkla vücudun göğüs, boyun, sırt, interskapuler alanında ki ağrı ile başvururlar (1,2). Bunun dışında anksiyete, senkop yüksek tansiyon, hemiparezi, hemipleji, disfaji gibi atipik yakınmalarla da karşımıza çıkabilir (1,3,4). Aort disseksiyonu sınıflandırılmasında birden çok tanımlama mevcuttur. Stanford ve DeBakey sınıflandırmaları yapılmıştır. Stanford sınıflandırılmasında aort disseksiyonu yerleştiği bölgeye göre ikiye ayrılmıştır. Disseksiyon çıkan aortayı tutmuş ise Tip A, inen aorta tutulmuş ise Tip B olarak sınıflandırılır. DeBakey sınıflandırılmasında Tip I de çıkan aortadan inen aortaya kadar tüm aorta tutulur. Tip II de sadece çıkan aorta, Tip III de ise sadece inen aorta tutulmuştur. Bu yazımızda bacak ağrısı şikayetle acil servise başvurmuş DeBakey Tip I disseksiyonu tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU

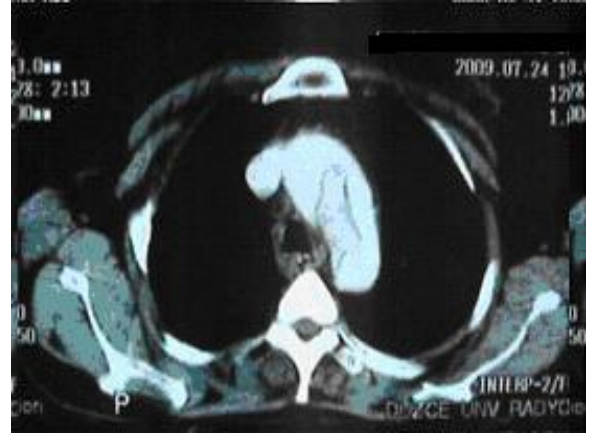
Kırk altı yaşında bayan hasta sağ ayakta uyuşukluk ve ağrı nedeni ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde mevcut şikâyetlerinin yaklaşık 4-5 saattir mevcut olduğu öğrenildi. Genel durumu iyi, bilinç açık koopere ve oryante idi. Vital bulguları değerlendirildiğinde sağ kolda arteriyel kan basıncı 130/80 mmHg, sol kolda arteriyel kan basıncı 125/80 mmHg idi. Ateş 36.2 0 c, solunum sayısı 18 soluk/dakika, nabız 72 atım/dakika olarak saptandı. Alt ve üst ekstremitelerde nabızlar normal olarak alındı. Nörolojik muayenede özellik yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın özgeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde ayak ağrısı ile aynı zamanda başlayan ve 15 dakika süren atipik karakterde göğüs ağrısı olduğu ancak göğüs ağrısının geçtiği öğrenildi.

Elektrokardiyografisi (EKG) sinüs ritmi ve hızı 65/dk idi. EKG'de iskemik bulgu saptanmadı. Mevcut öyküsü göz önüne alınarak kardiyak enzimleri gönderildi. CK: 272 U/L, CK-MB: 28 ng/mL ve Troponin: 1,07 ng/ml ile artmış olarak değerlendirildi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde özellik tespit edilmedi. Kardiyoloji Bölümüne konsulte edilen hastanın çekilen ekokardiografisinde çıkan aortada flep tespit edildi (**Şekil 1**).

Hastanın takiben çekilen kontrastlı tomografisinde aort kökünden başlayıp iliak arterlere kadar uzanan DeBakey I disseksiyon tespit edildi (**Şekil 2**). Hastaya 2 ampul parenteral betabloker (*Metoprolol tartarat 5 mg/5 ml*) uygulandı. Acil cerrahi düşünülen hastanın kalp damar cerrahisi olan bir merkeze nakli yapıldı.



Şekil 1. Olgunun ekokardiografisinde çıkan aortada flep tespit edildi



Şekil 2. Olgunun kontrastlı tomografisinde aort kökünden başlayıp iliak arterlere kadar uzanan DeBakey I disseksiyon tespit edildi

TARTIŞMA

Aort disseksiyonu nadir görülen bir durum olmakla birlikte özellikle tanı veya tedavide ki gecikmeler yüksek mortalite morbiditeyi beraberinde getirmektedir. Aort disseksiyonlarında hastane mortalitesi tıbbi tedavi ile %10 civarındadır. Akut komplikasyon geliştiğinde mortalite üçte bir artmaktadır (1). İlk 48 saat içinde tedavide ki gecikmeler her saat için mortalitede %1 kadar artışa neden olmaktadır. Tanıda en önemli faktör aort disseksiyon tanısının akla getirilmesidir.

Acil servise gelen disseksiyon olgularının büyük bir kısmını ani başlayan göğüs ve yırtılır tarzda olan sırt ağrısı oluşturur (2). Farklı şikayetlerle Acil Servise gelen hastalarda tanı konması gecikebilir. Bizim olgumuzda sağ ayakta uyuşukluk ve ağrı şeklinde disseksiyonu ilk planda akla getirmeyen atipik bir prezentasyonda acil servisimize başvurmuştu. Ancak öykü sonradan

derinleştirildiğinde hastada ağrıdan önce göğüs ağrısı yakınması da olmuş olduğu öğrenildi. Erken tanı hastanın mortalitesini önemli miktarda düşürür. Acilde istenen rutin tetkiklerle tanı konulması oldukça zordur. Tanı için kullanılan görüntüleme yöntemleri olarak akciğer grafisi, transtorasik ekokardiyografi, kompute tomografi, magnetik rezonansı ve konvansiyonel anjiyografi yer almaktadır. Bu olguda transtorasik ekokardiyografi ile çıkan aortada flep tespit edildi. Çekilen kontrastlı tomografisinde ise aort kökünden başlayıp iliak arterlere kadar uzanan disseksiyon hattı mevcuttu. Olgunun başvuru esnasında ki şikayetleri disseksiyon tanısı için tipik bulgular değildir. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde kısa

süren göğüs ağrısının olması koroner sendrom tanısına yaklaşmamıza neden oldu. Bu nedenle kardiyak enzimler istendi ve hastanın ekokardiyografisi yapıldı. Biz aort disseksiyonu tanısı alan olgumuzun başlangıçtaki ayakta ki ağrı ve uyuşukluk yakınmasının spinal kord hipoperfüzyonuna bağlı olduğunu düşündük (5). Acil servise gelen parestezi, paropleji, senkop, yan ağrısı gibi atipik semptomları olan hastalarda ayırıcı tanıda aort disseksiyonu akılda tutulmalı, detaylı fizik bakı, gerektiğinde uygun laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Geç konulan tanıda her geçen saat hastanın mortalitesini önemli miktarda artırdığı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA 2000;283(7):897-903.
2. Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). Mayo Clin Proc 1993;68(7):642-651.
3. Nallamothu BK, Mehta RH, Saint S, et al. Syncope in acute aortic dissection: diagnostic, prognostic, and clinical implications. Am J Med 2002;113(6):468-471.
4. Suzuki T, Mehta RH, Ince H, et al. International Registry of Aortic Dissection. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Circulation 2003;108(1):312-317.
5. Morita S, Shibata M, Nakagawa Y, et al. Painless acute aortic dissection with a left hemiparesis: a case report. J Stroke Cerebrovasc Dis 2005;14(1):36-38.