

Acil Serviste Aort Diseksiyonu Tanısı Almış Olan Hastaların Klinik Özelliklerinin Tanımlanması: Olgu Serisi

Clinical characteristics of patients diagnosed with aortic dissection in the emergency department: a case series

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2006;6(1):1-6

Murat YEŞİLARAS,¹ Nesibe SÖNMEZ,² Özgür KARCIOĞLU,² Hakan TOPAÇOĞLU,² Süveyda AKSAKALLI,² Başak BAYRAM²

¹Kent Hastanesi Acil Tıp Birimi

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Aort diseksiyonu (AD) hastaları acil servislere ani gelişen, yırtılır tarzda göğüs veya sırt ağrısıyla başvururlar. Ancak bu klasik başvurulara uymayan atipik şikayetlerle acil servise başvuran hastaların bildirimini gittikçe artmaktadır. Bu çalışmada, acil serviste (AS) AD tanısı alan hastaların geliş yakınmaları ve fizik bakı (FB) bulguları değerlendirilerek klinik özellikleri tanımlanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Hastane bilgisayar kayıtları ve AS dosyaları 54 aylık süre için incelenerek AD tanısı alan hastalar geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, geliş yakınmaları, ağrı tipleri, AD için risk faktörleri, vital bulguları, FB bulguları, kardiyak enzim ve EKG izlemleri, göğüs radyogramı ve bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) bulguları kayıt edildi. Hastaların hangi tanı yöntemi ile tanı aldıkları ve Stanford sınıflamasına göre AD'nin tipi not edildi.

Bulgular: Acil serviste bu süre içinde 47 hastanın (32 erkek (%68,1); 15 kadın (%31,9) ort. yaş 66; dağılım 25-87) AD tanısı aldığı saptandı. Hastaların dokuzunun (%19,1) AS başvurusunda hiçbir ağrı tanımlamadığı saptandı. Ağrı tanımlayan 38 hastadan, %21,1'i (n=8) yırtılır tarzda ağrı tanımladı. En sık saptanan başvuru yakınmaları; sırt ağrısı (%40,7, n=19), göğüs ağrısı (%36,2, n=17), karın ağrısı (%25,5, n=12), senkop (%19,1, n=9), nefes darlığı (%17, n=8), bilinç bozukluğu (%14,9, n=7) ve nörolojik semptomlar (%12,8, n=6) idi. Fizik bakıda en sık saptanan bulguların, kardiyak üfürüm (%40,4, n=19), nabız defisiti (%25,5, n=12), sağ/sol kol kan basıncı farkı (%17, n=8) ve nörolojik defisit (%14,9, n=7) olduğu görüldü. Aort diseksiyonu tanısının %89,4'ünün (n=42) kontrastlı BTT ile tanı aldığı saptandı. Olguların 32'sinde (%68,1) Stanford A, 15'inde (%31,9) Stanford B tipi AD belirlendi.

Sonuç: Aort diseksiyonu semptom ve bulguları daha önce tanımlanan klasik prezantasyonlardan oldukça farklıdır ve geniş bir spektruma sahiptir. Çalışma grubumuzda ani başlayan yırtılır tarzda ağrı, AD hastalarının küçük bir kısmında tanımlandı. Nabız defisiti, karotid veya abdominal üfürüm, kardiyak üfürüm, sağ-sol kan basıncı farkları seyrek de olsa değerli klinik FB bulgularıdır. Aort diseksiyonu klinik prezantasyonlarının toplumsal temelde tanımlanması için geniş ölçekli tanımlayıcı araştırmalara gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Anevrizma, tahlil/tanı; aort diseksiyonu/tanı, farklı; risk faktörleri; geriye dönük çalışma/aort diseksiyonu; veri birikimi.

SUMMARY

Objectives: Aortic dissection (AD) is an emergency condition with high mortality rates. Classically, patients present with sudden onset of severe, ripping or tearing pain in the chest and back, although 'atypical' presentations also exist. The objective of this study is to evaluate characteristics of the history and physical examination of patients diagnosed with aortic dissection in the emergency department (ED) and to highlight differences from signs and symptoms defined as 'classical'.

Materials and Methods: Computer records were queried for patients admitted to the ED and eventually diagnosed with AD in a fifty-four month period. Demographic variables, chief complaints, pain characteristics, risk factors for AD, vital signs, findings on examination, laboratory results including ECG, cardiac markers, chest X-ray, and computed tomography (CT) were obtained retrospectively from ED charts and recorded on data sheets. Stanford classification of the AD and how the diagnosis was established were also noted.

İletişim (Correspondence)

Dr. Murat YEŞİLARAS

Kent Hastanesi Acil Tıp Birimi,
8229 Sok., No: 30, 35580 Çiğli, İzmir, Turkey
Tel: +90 - 232 - 386 70 70 / 6440
Faks (Fax): +90 - 232 - 398 11 81
e-posta (e-mail): yesilarasm@yahoo.com

Results: Forty seven cases (32 males (68,1%); 15 females (31.9%) mean age 66; range 25 to 87 years) were identified. Pain was described by 38 patients (80.9%). The most common presenting complaints were back pain (40,7%, n=19), chest pain (36,2%, n=17), abdominal pain (25,5%, n=12), syncope (19,1%, n=9), and shortness of breath (17%, n=8). Pulse deficit was recorded in 12 (25,5%), discrepancy in blood pressure readings between left and right arms in eight (17%, n=8), cardiac murmur in 40,4% (n=19), altered mental status in 14,9% (n=7) and neurologic deficit in 12,8% (n=6) patients. Tearing chest pain was recorded in only 8 patients (21,1%). Contrast-enhanced CT was the diagnostic modality in 42 (89,4%) cases and 31 patients (65%) had a widened mediastinum recorded in ED the interpretation of the chest X-ray. Thirty-two (68,1%) patients were diagnosed to have AD with Stanford A classification, while the remaining 15 (31,9%) had Stanford B AD.

Conclusion: Symptoms and signs of AD in the ED may be substantially different from what is 'classically' expected. Only a minority of the patients reported sudden onset tearing pain in their chest and back. Pulse deficit, carotid or abdominal bruits, cardiac murmurs, blood pressure discrepancies are valuable albeit uncommon findings on examination. Further studies are required to define population-based clinical presentation of AD.

Key words: Aneurysm, dissecting/diagnosis; aortic dissection/diagnosis, differential; risk factors; retrospective study/aortic dissection; collection, data.

Giriş

Aort diseksiyonu (AD) yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden hızlı tanı ve tedavi gerektiren gerçek kardiyovasküler acildir.^[1] İnsidansı milyonda 5-30 olgu/yıl arasında değişmektedir.^[2,3]

Aort diseksiyonu'nun klasik kliniği, tipik olarak ani başlayan, şiddetli, yırtıcı tarzda, sırt boyun ve çeneye yayılan göğüs ağrısı olarak tanımlanır.^[4] Ancak bütün AD hastaları, tanımlanan bu şikayetlerle başvurmazlar; bu olguların %5-15'inin herhangi bir ağrı tanımlamadığı, ağrısı olan hastaların bazılarında da tanımlanan klasik semptomların sıklıkla olmadığı bildirilmiştir.^[3,5,6] Klasik semptomlar olmadığı zaman hastanın tanısının konması gecikmekte, bu durum da mortalite artışına neden olmaktadır.^[3]

Çeşitli semptom ve bulgularla başvuran çok sayıda ağrısız AD olgusu bildirilmiştir. Bu olgular çeşitli kardiyak veya nörolojik şikayetlerle başvurmaktadır. Konjestif kalp yetmezliği (KKY), vena kava süperior sendromu, parapleji, senkop, tekrarlayan geçici iskemik ataklar, bacaklarda geçici motor ve duyu kaybı ve ses kısıklığı bildirilen ağrısız AD şikayetlerinden bazılarıdır.^[3,7-12] Noninvazif görüntüleme yöntemlerindeki hızlı gelişmeler ile AD kolaylıkla tanınabildiği halde, AD olan hastaların %28'inin tanısı ancak ölüm sonrası incelemelerde konabilmektedir.^[1,3]

Tanının atlanma oranının yüksek olması, AD kliniği konusunda elde edilen bilgilerin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Atipik prezantasyonlarla başvuran AD hastalarının bildirimlerinin gittikçe artması da bu düşüncüyü güçlendirmektedir.

Bu çalışmada, AS'de AD tanısı alan hastaların geliş şikayetleri ve fizik bakı (FB) bulguları değerlendirilip klinik özellikleri tanımlandı.

Gereç ve Yöntem

Bu geriye dönük çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Hastanesi AS'sinde, 01.01.2001 ile 01.06.2005 tarihleri arasında bilgisayar verilerinde AD tanısı alan 47 hastanın (32 erkek (%68,1); 15 kadın (%31,9) ort. yaş 66; dağılım 25-87) kayıtları ile yapıldı.

Hazırlanmış olan veri toplama formuna hastaların demografik özellikleri, geliş şikayeti, ağrı ile başvurmuşlarsa ağrı tipi ve lokalizasyonu, AD için risk faktörleri, vital bulguları, fizik muayene bulguları, EKG ve kardiyak enzim izlemleri ve göğüs radyogramı bulguları kayıt edildi. Hastaların hangi tanı yöntemi ile (toraks tomografisi, ekokardiyografi vb.) tanı aldıkları ve AD'nin tipi not edildi.

Veri analizi: Çalışmadan elde edilen veriler "Statistical Package for Social Sciences 11.0 for Windows" bilgisayar programına kaydedildi; bütün hastaların demografik verilerine, geliş semptomlarına, fizik bakı özelliklerine ve vital bulgularına ait tanımlayıcı analizleri yapıldı. Hastaların vital bulguları değerlendirilirken kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerinde olan hastalar hipertansif, kan basıncı 90/60 mmHg'nin altında olan hastalar hipotansif ve bu değerler dışındaki hastalar normotansif olarak gruplandırıldı. Nabız 60/dk altı bradikardi, 100/dk ve üzeri taşikardi arada kalan değerler normokardi olarak değerlendirildi. Hastaların solunum sayıları 20/dk ve üzeri takipne, 14/dk altı bradipne 14-20/dk arasındaki değerler normal olarak değerlendirildi. Ölçümle belirlenen değişkenlerden parametrik olanların ortalamalarının karşılaştırılmasında independent samples t-test, nonparametrik olanların ortancalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U-test; sınıflama ve sıralama düzeyinde ölçülen değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Tüm analizler %95 güven aralığında yapıldı. p<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Bilgisayar kayıtlarından, AS'te 54 aylık süre içinde 70 hastanın AD tanısı aldığı saptandı. Bu hastalardan 58'inin dosyasına arşivden ulaşılabilirdi. Yalnızca aort anevrizması tanısı ol-

duğu halde, AD tanı koduyla kaydedilen 11 hasta çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel analizler 47 hasta üzerinden yapıldı.

Çalışmamızda erkek olguların yaş ortalaması (63,8±14,2), kadın olguların yaş ortalamasından (71,8±6,8) anlamlı şekilde daha düşük bulundu (p=0.012). Acil serviste AD tanısı alan hastaların geliş şikayetleri Tablo 1'de verilmiştir. Bu hastaların 38'nin (%80,9) göğüs, sırt, karın, yan veya kasık ağrısından en az birini tanımladığı; 9'unun (%19,1) ise hiçbir ağrı tanımlamadığı saptandı. Ağrı tanımlayan hastaların ağrı tipleri Tablo 2'de, ağrı lokalizasyonları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların başvuru yakınmaları.

Şikayet	Sayı*	Yüzde
Sırt ağrısı	19	40.7
Göğüs ağrısı	17	36.2
Karın ağrısı	12	25.5
Yan ağrısı	6	12.8
Senkop	9	19.1
Baş dönmesi	6	12.8
Nöbet	2	4.2
Güç kaybı	4	8.5
Nefes darlığı	8	17
Bilinç bozukluğu	7	14.9
Diğer semptomlar (halsizlik, idrar yapamama, bulantı kusma vs.)	8	17

*n=47.

Tablo 2. Ağrı tipleri.

Ağrı tipi	Sayı	Yüzde
Yırtılmalyarıлма	8	21.1
Yanma	7	18.4
Baskı/sıkışma	6	15.8
Kolik	4	10.5
Künt	2	5.3
Tanımlanmamış	11	28.9
<i>Toplam</i>	38	100

Tablo 3. Ağrı ile başvuran hastalarda ağrının lokalizasyonu.

Lokalizasyon	Sayı*	Yüzde
Göğüs ağrısı	17	44.7
Sırt ağrısı	19	50.0
Karın ağrısı	12	31.6
Yan ağrısı	6	15.8
Kasık ağrısı	2	5.3

*n=38.

Aort diseksiyonu tanısı alan hastaların 6'sı (%12,8) nörolojik semptomlarla başvurdu. Bu hastaların 2'si nöbet, 2'si alt ekstremitede kuvvet kaybı ve diğer 2'si tek taraflı güçsüzlük ve konuşma bozukluğu tanımladı. Ağrı tanımlamayan dokuz hastanın ikisi bilinç bozukluğu, ikisi baş dönmesi ve senkop, biri baş dönmesi ve inme, biri sadece baş dönmesi, biri senkop ve biri de nefes darlığı ile başvurmuştu.

Aort diseksiyonu açısından risk faktörleri incelendiğinde en sık hipertansiyonun olduğu (%61,7, n=29); bunu sigara (%34, n=16) ve geçirilmiş aortik kapak cerrahisinin (%6,4, n=3) izlediği saptandı. Konnektif doku hastalığı, sifiliz, gebelik ve kokain kullanımı AD tanısı alan hastaların hiçbirinde saptanmadı.

Çalışmadaki hastaların vital bulguları Tablo 4'te gösterilmiştir. Senkoku olan grupta sistolik ve diyastolik kan basınç ortalamaları 98,1±26,3 ve 58,3±27,5 bulunmuş, senkop tanımlamayan grubun sistolik ve diyastolik kan basınç ortalamalarından (136,4±43,6 ve 80,7±31,7) anlamlı düşük saptanmıştır (Mann Whitney U-testi ile p=0.011 ve 0.040). Acil serviste AD tanısı almış hastaların FB'sinde saptanan bulgular Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Aort diseksiyonu olgularının ilk vital bulguları.

Vital bulgu	Sayı	Yüzde	
Kan basıncı	Hipotansif	13	27.7
	Normotansif	17	36.2
	Hipertansif	17	36.2
Nabız	Bradikardik	5	10.6
	Normokardik	31	66
	Taşikardik	11	23.4
Solunum sayısı	Normal	18	38.3
	Takipneik	29	61.7

Tablo 5. Aort diseksiyonlu olgularının fizik bakı bulguları.

Bulgu	Sayı	Yüzde
Nabız defisiti	12	25.5
Boyunda üfürüm	6	12.8
Kardiyak üfürüm	19	40.4
Abdominal üfürüm	6	12.8
Kasıkta üfürüm	2	4.3
Raller	7	14.9
Nörolojik defisit	7	14.9
Bilinç bozukluğu	7	14.9
Sağ/sol kol kan basıncı farkı	8	17
Pulsatil kitle	3	6.4
Ritm bozukluğu	3	6.4

Tablo 6. Göğüs radyogramı bulguları.

Bulgu	Sayı*	Yüzde
Normal	10	26.3
Geniş üst mediasten	26	68.4
Aort topuzunun silinmesi	6	15.8
Plevral effüzyon	3	7.9
Aortada lokalize genişleme	3	7.9
Kalsiyum sign	2	5.3
Sol ana bronşun depresyonu	1	2.6
Çıkan ve inen aorta çap eşsizliği	1	2.6
Apikal kep	1	2.6
Trakea veya N/G tüpün sağa yer değiştirmesi	0	0

*n=38.

Aort diseksiyonu tanılarının %6,4'ünün (n=3) EKO, %89,4'ünün (n=42) kontrastlı toraks BT, %4,2'sinin (n=2) MR ile konulduğu saptandı.

Bu 47 AD olgusunun %19,1 (n=9) hastanın dosyasında göğüs radyogramı yorumuna rastlanmadı. Geriye kalan 38 hastanın AD düşündürülen göğüs radyogramı bulguları Tablo 6'de gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bu 47 olgunun 32'sinde (%68,1) Stanford A, 15'inde (%31,9) Stanford B AD saptandı.

Sonuçta AD tanısı alan hastaların %68,1'i (n=32) servise yatırıldı ve ameliyat edildi; %21,3'ü (n=10) servise yatırıldı ve ameliyat edilmeksizin izlendi, %2,1'i (n=1) acilde hayatını kaybetti ve %8,5'i (n=4) başka bir sağlık kurumuna sevk edildi.

Tartışma

Akut AD yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Tedavi edilmemesi durumunda, semptomların başlangıcından sonraki 48 saatte, mortalite her bir saat için %1 oranında artmaktadır.^[3] Aort diseksiyonu nundan şüphelenildiği zaman tanısını koymak zor değildir.^[1] Ancak tipik AD semptomları olmadığı zaman ilk değerlendirmede AD düşünülmemekte, semptomların başlangıcı ile tanı konması arasında geçen süre uzamakta, ölüm oranı artmaktadır.^[3]

Aort diseksiyonu'nun en sık başvuru şikayeti göğüs ağrısı olarak tanımlanmıştır. Spittell ve ark.^[5] çalışmalarında AD olan hastaların başvuru semptomlarını incelemiş, ani başlayan ciddi göğüs ağrısının (%74) en sık başvuru semptomu olduğunu bildirmişlerdir. Armstrong ve ark.^[6] yalnız göğüs ağrısı tanımlayan hastaların sıklığını %41 olarak bildirmişler, göğüs ve/veya sırt ağrısı tanımlayanların oranını %72 olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda hastalardaki en yaygın yakınma-

nın sırt ağrısı (%40,4) olduğunu, bunu göğüs ağrısının (%36,2) izlediği saptadık.

Aort diseksiyonu'nun klasik kliniği; ani başlangıçlı, keskin, yırtılır tarzda göğüs ve/veya sırt ağrısı olarak tanımlanmıştır.^[1,4] Çalışmamızda ağrı tipleri incelendiğinde hastaların sadece %21,1'inin yırtılır tarzda ağrı şikayetinin olduğu görüldü. Armstrong ve ark.nın çalışmasında da yırtıcı tip ağrının sık olmadığı vurgulanmıştır.^[1] Bu nedenle hastanın keskin, yırtıcı ağrı tanımlamaması klinisyeni AD tanısından uzaklaştırmamalıdır.

Hastaların ağrı tanımlamaması AD tanısını zorlaştıran, hastanın tedavisini geciktiren bir faktördür. Literatürde bildirilen ağrısız AD oranı %5-15 arasında değişmektedir.^[3,8,9,11] Bizim çalışmamızda bu oran %19 bulunmuştur. Bu orandaki yüksekliğin olgu sayımızın az olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Ağrısız başvuran AD olgularının çok farklı şikayetleri olmuştur. Ağrı tanımlamayan dokuz hastanın ikisi bilinç bozukluğu, ikisi baş dönmesi ve senkop, biri baş dönmesi ve inme, biri sadece baş dönmesi, biri senkop ve biri de nefes darlığı ile başvurmuştur. Baş dönmesi ile başvuran olguda, hipotansiyon ve karotis üfürümü saptanması sonucu AD'den şüphelenilmiştir. Çekilen toraks tomografisinde iki taraflı karotislere ilerleyen diseksiyon saptanmıştır.

Senkop AD'ye sık eşlik eden bir semptomdur ve ağrı ve/veya nörolojik defisit olsun olmasın hastaların %20'inde görülür.^[1] Çalışmamızda AD tanısı alan hastaların %19'u senkop tanımlamıştır, bu sonuç literatürle uyumludur. Senkop tanımlayan hastaların kan basıncı ortalamaları senkobu olmayan hastalara göre anlamlı düşük bulunmuştur.

Nabız ortalamaları da aynı şekilde senkobu olan hastalarda anlamlı olarak daha düşüktür. Aort diseksiyonu'nda senkobun, ciddi ağrı, serebral damarların obstrüksiyonu veya aortik baroreseptörlerin uyarılması sonucu gelişebileceği bildirilmiştir.^[1]

Aort diseksiyonu tanısı alan hastaların 6'sı (%12,8) nörolojik semptomlarla başvurdu. Bu hastaların 2'si nöbet, 2'si alt ekstremitede kuvvet kaybı ve diğer 2'sinin tek taraflı güçsüzlük ve konuşma bozukluğu şikayetleri vardı. Bu 6 hastanın 5'inde nörolojik defisit saptanırken, nöbetle başvuran hastaların birinin nörolojik bakışı normal bulundu. Kuvvet kaybı ve nöbet tanımlayan hastalar dışında, bilinç bozukluğu ile başvuran 7 hastanın 2'sinde nörolojik defisit saptandı.

Nörolojik bulgular, genellikle diseksiyonun aortun yan dallarının orifislerine ilerlemesi veya yalancı lümenin genişleye-

rek gerçek lümeni obstrükte etmesi sonucu oluşur.^[1] Bulgular etkilenen dalın beslediği lokalizasyonda olacağından olgudan olguya ciddi değişkenlikler gösterir.

Çalışmamızda AD olan hastaların %14,9'unda bilinç bozukluğu saptanmıştır. Literatürde bilinç bozukluğunun sıklığı ile ilişkili veri bulunmamaktadır. Bu semptom veya bulgu, nörolojik defisit başlığı altında incelenmiş olabilir.

Hastaların %12'si baş dönmesi şikayeti bildirmişlerdir. Hastaların hipotansif olması ile baş dönmesi şikayeti arasında anlamlı ilişki saptandı. Hipotansif hastaların daha çok baş dönmesi tanımlaması beklenen bir sonuçtur. Ancak baş dönmesi, yukarıda tanımlanan olguda olduğu gibi diseksiyonun karotislere ilerlemesinden de kaynaklanabilir.

Halsizlik, idrar yapamama ve bulantı kusma gibi geliş yakınmaları da tanımlanmıştır. Baş dönmesi, senkop, halsizlik, yan ağrısı, idrar yapamama gibi yakınmalarla gelen hastaların nadir de olsa AD tanısı alması şaşırtıcı olduğu kadar, AD'nin gerçek insidansının bildirilenden daha sık olduğu ve halen çok atlanan bir tanı olduğu konusunda kuşklar uyandırmaktadır.

Diseksiyon sonucu aort dalları etkilenirse ekstremiteler arası nabız defisiti veya kan basıncı farkı şeklinde kendini gösterebilir. Nabız defisiti AD için önemli bir ipucudur, ancak yaygın bir bulgu değildir. Hastaların %20'inden azında görüldüğü bildirilmiştir.^[1] Bizim çalışmamızda nabız defisiti %25,5 oranında saptanmıştır; literatürde bildirilenden daha yüksektir.

Üst ekstremitelerde tansiyon arteriyel (TA) farkı da nabız defisiti gibi değerli ancak sık görülmeyen bir bulgudur. Bu oran %24 olarak bildirilmiş ancak ekstremiteler arası TA farkı konusunda tanımlar netleşmemiştir. Biz çalışmamızda sistolik TA farkı için 20 mmHg'yi, diyastolik TA farkı için 15 mmHg'yi sınır değer olarak kabul ettik ve TA farkı olan hastaların oranını %17 olarak saptadık.

Karotis üfürümünün özellikle karotid artere ilerleyen diseksiyonlarda önemli bir bulgu olduğu bilinmektedir.^[13] Ancak görülme sıklığı konusunda bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızda AD tanısı alan hastaların %12,8'inde karotis üfürümü saptanmıştır. Aynı şekilde abdominal üfürüm %12,8 hastada saptanmıştır. Bu üfürümler nadir duyulmakla birlikte oldukça yol göstericidir. Aort odağında üfürüm hastaların %40'ında saptanmış olup literatürle uyumludur.^[3]

Aort diseksiyonu olgularının %80-90'ında göğüs radyogramı normal değildir. Ancak normal göğüs radyogramı AD'yi dışlamamaktadır. Yapılan çalışmalarda AD olgularının %11-16'sında göğüs radyogramı normal bulunmuştur. Bizim ça-

lışmamızda AD hastalarının %19'unda göğüs radyogramı normal bulundu. Göğüs radyogramı en sık rastlanan anormallik genişlemiş mediastendir. Aort diseksiyonu olgularında mediasten genişliği sıklığı %40-75 arasında değişmektedir.^[13,14] Bizim çalışmamızda göğüs radyogramı çekilen hastalar baz alındığında bu oran %68,4 bulunmuş olup literatürle uyumludur.

Çalışma kısıtlılıkları

Çalışmamız geriye dönük tasarlandığından, hastaların sorgulanması, fizik bakıları ve akciğer grafilerinin yorumlanması standardize edilememiştir. Veriler, dosya kayıtlarında bulunduğu kadarıyla elde edilebilmiştir. Ayrıca 12 hastanın dosyasına ulaşılabilmesi çalışmadan elde ettiğimiz sonuçların güvenilirliğini azaltmaktadır.

Sonuç

Aort diseksiyonu semptom ve bulguları daha önce tanımlanan klasik sunumlardan oldukça farklıdır ve daha geniş bir spektruma sahiptir. Çalışma grubumuzda ani başlayan yarıtlı tarzda ağrı tanımlayanların oranı oldukça düşük bulunmuştur. Göğüs ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, senkop, herhangi bir nörolojik semptom, bilinç bozukluğu ile gelen her hasta potansiyel AD hastasıdır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin geçerlilik kazanması için daha geniş çaplı tanımlayıcı çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Mukherjee D, Eagle KA. Aortic dissection-an update. *Curr Probl Cardiol* 2005;30:287-325.
2. Hirst AE Jr, Johns VJ Jr, Kime SW Jr. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine (Baltimore)* 1958;37:217-79.
3. Park SW, Hutchison S, Mehta RH, Isselbacher EM, Cooper JV, Fang J, et al. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. *Mayo Clin Proc* 2004;79:1252-7.
4. De Bakey ME, Cooley DA, Creech O Jr. Surgical considerations of dissecting aneurysm of the aorta. *Ann Surg* 1955;142:586-612.
5. Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW, Tajik AJ, Edwards WD, Schaff HV, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc* 1993;68:642-51.
6. Armstrong WF, Bach DS, Carey LM, Froehlich J, Lowell M, Kazerooni EA. Clinical and echocardiographic findings in patients with suspected acute aortic dissection. *Am Heart J* 1998;136:1051-60.
7. Link MS, Pietrzak MP. Aortic dissection presenting as superior vena cava syndrome. *Am J Emerg Med* 1994;12:326-8.
8. Inamasu J, Hori S, Yokoyama M, Funabiki T, Aoki K, Aikawa N. Paraplegia caused by painless acute aortic dissection. *Spinal Cord* 2000;38:702-4.
9. Young J, Herd AM. Painless acute aortic dissection and rupture presenting as syncope. *J Emerg Med* 2002;22:171-4.
10. Zaidat OO, Ubogu EE, Lerner AJ. Recurrent transient ischemic attacks as the initial presenting manifestation of type A aortic dissection. *Ann Vasc Surg* 2002;16:676-8.

-
11. Joo JB, Cummings AJ. Acute thoracoabdominal aortic dissection presenting as painless, transient paralysis of the lower extremities: a case report. *J Emerg Med* 2000;19:333-7.
 12. Khan IA, Wattanasauwan N, Ansari AW. Painless aortic dissection presenting as hoarseness of voice: cardiovocal syndrome: Ortner's syndrome. *Am J Emerg Med* 1999;17:361-3.
 13. Lindsay FW, Mullin D, Keefe MA. Subacute hypoglossal nerve paresis with internal carotid artery dissection. *Laryngoscope* 2003;113:1530-3.
 14. Green GB, Hill PM. Cardiovascular disease: approach to chest pain and possible myocardial ischemia. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. *Emergency medicine: a comprehensive study guide*. 5th ed. North Carolina: McGraw-Hill; 1999. p. 341-51.