



AORT DİSEKSİYONU VE ANEVRİZMASI



Dr. Özgür Karcıoğlu
Dr. Ebru Yılmaz

Nedeni aterosklerozdur ve en sık aortta, renal arterlerin altında ve iliak arter bifurkasyonunun üzerinde rastlanır. Erkeklerde kadınlardan çok daha fazladır. En sık olarak kronik hipertansif, sigara içen, orta yaş ve üzeri olgularda gelişmektedir. Fakat bu kesin bir kural değildir. Ortalama aort çapı 2,5-3,7 cm arasındadır. Aort çapının beklenen ya da olması gerekenin 1.5 katı ölçülmesi anevrizma olarak tanımlanır.

Abdominal aort anevrizması (AAA) Belirti ve Bulguları Karın ağrısı, sırt ve bögür ağrısı, hipotansiyon, retroperitoneal kanamaya bağlı tenesmus/defekasyon hissi, pulsatil kitle (genellikle zayıf yapıllarda çapı 4-5 cm'i aşınca palpe edilebilir.), zayıf femoral nabız (uni/bilateral), barsaklara fistülizasyon: gastrointestinal kanama

Yukarıdakilerden herhangi birisi bulunursa AAA'ndan şüphelenmelisiniz. Hastanın karnı nazikçe palpe edilebilir. Aşırı palpasyon rüptüre yol açabilir. Çıkan aort 5,5 cm çapına erişmiş ise veya çıkan aort'un çapı son 6 ayda 5 mm artmış ise,

- Çıkan aort 5 cm ise ve labil hipertansiyon mevcut ise
- İnen aort 6 cm çapında ise veya son 6 ayda 5 mm çap artışı yaşanmış ise
- Herhangi bir başka organ basısı var ise
- Abdominal aort 5,5 cm ise veya son 6 ayda 5 mm çap artışı var ise
- Eğer bir kanama şüphesi var ise aort anevrizmaları ya operatif, ya da endovasküler (girişimsel) yöntem ile (EVAR, TEVAR) tedavi edilirler.

Rüptüre AAA: Anterior intraperitoneal (%20), posterior retroperitoneal (%75-80) rüptür görülebilir. Daha nadiren komşu yapılara, mide veya barsağa fistülizasyon şeklinde de rüptür olabilir. Daha sık olan retroperitoneal rüptür durumunda çevre yapıların tampon edici etkisi ile kardiyovasküler kollaps gecikir, çoğu zaman **sadece geçici senkop/presenkop** atağı olur. Anterior intraperitoneal rüptürde ise ani kardiyovasküler kollaps daha hızlı ortaya çıkar. AAA rüptürü ile ölüm arasında geçen zamanın medyanı 10 saattir.

Tanı: Palpasyonun AAA tanısındaki duyarlılığı %68 dolayındadır, büyük çaplı AAA'larda %82'ye kadar çıkabilir. Bu nedenle, özellikle 60-65 yaş üzeri sigara içen hipertansif erkeklerde AAA şüphesi olduğunda muayene ile yetinilmemelidir. Yatak başı USG ile başlanmalı, BT'yi de içeren incelemeler için zaman kaybedilmemelidir. USG özellikle retroperitoneal rüptür için yeterince duyarlı değildir.

Kaynaklar

1. Mancini, MC. Aortic Dissection. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/2062452-overview>. Updated: Jan 08, 2019.
2. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al: 2010 Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease: *Circulation* 2010, 121:e266-e369: <http://circ.ahajournals.org/content/121/13/e266.full.pdf+html>
3. Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA: Acute aortic syndromes. *Circulation* 2005 Dec 13;112(24):3802-13.
4. Meszaros I, Morocz J, Szilavi J, et al: Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest* 2000; 117:1271-1278.
5. Clouse WD, Hallett JW, Schaff HV, et al: Acute aortic dissection: Population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture. *Mayo Clin Proc* 2004;79:176-180.
6. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al: The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insights into an old disease. *JAMA*. 2000;16;283: 897-903.
7. 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;68:642-651.
8. Schwartz SA, Taljanovic MS, Smyth S, et al: CT findings of rupture, impending rupture, and contained rupture of abdominal aortic aneurysms. *Am J Roentgenol* 2007;188:W57-W62.
9. Noera G, Lamarra M, Guarini S, Bertolini A. Survival rate after early treatment for acute type-A aortic dissection with ACTH-(1-24). *Lancet* 2001 Aug 11;358(9280):469-70.