

DİSSEKAN AORTA ANEVİRİZMA RUPTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Haliş DOKGOZ, Canan ŞAHİN, Nadir ARICAN, Şebnem KORUR FİNCANCI*

ÖZET

Dissekan aort anevrizması ruptürüne bağlı ölüm olguları, semptomların başlangıcı ile ölüm arasında geçen sürenin kısa olması, antemortem tanının sıklıkla konulamaması, ani ve beklenmedik ölümler kapsamına girmesi nedeniyle adli tıp açısından önemlidir. İrdelenen olgu, antemortem renal kolik ön tanısı ile tedavisi düzenlenmiş ve semptomların başlamasından kısa süre sonra ölmüştür. Otopsi bulguları ve literatür gözden geçirilerek olgu özellikleri sunulmuştur. Bu tür olgularda antemortem klinik özelliklerin daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için postmortem incelemelerin sonuçlarının geri bildiriminin önemli olduğu kanıtına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ani ölüm, aorta dissekan anevrizma ruptürü.

SUMMARY

Rupture of dissecting aortic aneurysm: A case report. Dissected aortic aneurysm may be a subject of medicolegal investigation for misdiagnosis because of the short interval between clinical manifestation and death. This case has been diagnosed as renal colic and treatment arranged according to this misdiagnosis. He had died short time after manifestation of symptoms. A feed back of autopsy finding will be important for accurate clinical diagnosis.

Key Words: Sudden death, rupture of dissecting aortic aneurysm.

GİRİŞ

Kardiyovasküler sistem kaynaklı ani ölümlerde en sık görülen kalp dışı neden anevrizma ruptürüdür (7). Semptomların başlangıcı ile ölüm arasında geçen sürenin kısa olması, antemortem tanının sıklıkla konulamaması, ani ve beklenmedik ölümler kapsamına girmesi nedeniyle dissekan aort anevrizması ruptürüne bağlı ölüm olguları adli tıp açısından oldukça önemlidir (11,17).

Aort disseksiyonu 6. ve 7. dekatlarda ve erkeklerde daha sık görülmektedir (5,9). Temel patolojik değişim sıklıkla tunica media' da kistik değişiklikler, kollajen ve elastik doku yapısındaki değişimler ile karakterize dejenerasyondur (5,7). Dissekan aort anevrizması, sistoloik basıncın artıp kanın mediyal tabaka içine girmesiyle, internal veya eksternal bir ruptür oluncaya kadar damar duvarında intima ve adventisya tabakalarını laminar bir plan boyunca longitudinal olarak ayırması ile oluşur (5,8).

Etyolojide sistemik hipertansiyon, ateroskleroz ve kistik mediyal nekroz önemli rol oynar (2,3). Hipertansiyon ayrıca kistik mediyal nekrozu kolaylaştırarak disseksiyonun gelişmesinde katkıda bulunur (5). Bunun dışında Marfan, Ehler-Danlos, Noonan ve Turner sendromunda, aort koarktasyonu ve biküspit aorta gibi yapısal kardiyak anomalilerde de disseksiyon izlenebilir (5). Sifilisin bir komplikasyonu olarak veya travma sonucu gelişebilir (2,5,12).

Ağrı, dissekan aort anevrizmasının önemli bir bulgusudur. Genellikle göğüs bölgesine lokalize ve oldukça şiddetli olup önemli bir özelliği de disseksiyon boyunca yayılması ve yer değiştirmesidir. Assendan veya arkus aortadaki disseksiyonda ağrı, boyun ve çene ye yayılabilir (5). Olguların yaklaşık %15,20'si asemptomatiktir. Göğüs ağrısı dışında, kalp ve aort yetmezliği, abdominal yakınmalar ile iskemik periferik nöropati, iskemik paraparezi, parapleji ve şuur bozuk-

lukları gibi nörolojik bulgulara da rastlanabilir (5,9).

Dissekan aort anevrizmaları DeBakey tarafından anatomik ve patolojik özelliklerine göre 3 tipe ayrılmıştır. En sık yerleşimli olan Tip I disseksiyon, çıkan aorta proksimalinden başlar ve inen aortaya doğru yayılır. Tip II disseksiyon, çıkan aortta sınırlıdır. Tip III disseksiyon ise sol subklavyen arter çıkış yerinde veya distalinden başlar ve distal yönde ilerler. Distal disseksiyonlar sıklıkla hipertansiyonlu yaşlı hastalarda görülmektedir (9,16,18).

Doğal ölümlerde postmortem tanıya yönelik otopsi, saptanan patolojik değişimlerin değerlendirilmesi ile klinik birimlere geri bildirim yapılarak doğru klinik tanı oranını artırabilir. Otopsilerin, ölümün mekanizması ve sebebini açıklamak dışında ileriye yönelik olarak bilimsel eğitim ve araştırmalara katkıda bulunmak gibi bir amacı da vardır (6,15).

Sunulan olguda antemortem tanı konulamamış, renal kolik ön tanısı ile değerlendirilmiş, postmortem bulguların geri bildiriminin klinik uygulamalarda yol gösterici olması açısından özellikleri irdelenmiştir.

OLGU

55 yaşında Erkek

07/09/1997 tarihinde ani karın ağrısı yakınması ile acil servise başvuran ve renal kolik ön tanısı ile tedavi düzenlenerek evine gönderilen hasta, yakınmalarının geçmemesi üzerine tekrar hastaneye başvurmuş ve kesin tanısı konulamadan 08/09/1997 tarihinde ölmüştür. Ölümün ani ve beklenmedik olması nedeniyle, olgu adli kapsamda değerlendirilerek, 10/9/1997 tarihinde Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde otopsi yapılmış ve bulgular değerlendirilmiştir.

Otopsi bulguları:

Dış muayenede: ölü katılığının sürdüğü, ölü lekelerinin sırtta bası görmeyen yerlerde oluştuğu,

İç muayenede: sol akciğerin serbest olup, sağ akciğerde elle ayrılabilir nitelikte göğüs duvarına yapışıklıklar bulunduğu, perikard boşluğundan 900cc kısmen koagüle kan boşaltıldığı, kalbin 600g tartıldığı ve basis bölgesinin yaygın kanamalı olduğu, sağ ventrikül duvar kalınlığı 0.5 cm, sol ventrikül duvar kalınlığının 1.6cm ölçüldüğü, aortada yaygın, değişik çaplarda aterom plakları saptandığı, aort kökünden başlayıp tüm torakal ve abdominal segmentleri kateden ve iliak arterlerin ayrılma yerine kadar ulaşan dissekan anevrizma ile aortun başlangıcından 3cm sonra adventisyada 2cm'lik kenarları düzensiz ruptür alanı bulunduğu (Resim 1), miyokard kesitlerinde patolojik bir değişim saptanmadığı, her iki böbrek yüzey ve kesitlerinde ve diğer iç organlarda özellik görülmediği bildirilmiştir.

Kan ve iç organ parçaları alınarak yapılan toksikolojik ve histopatolojik incelemelerde; kanda aranan alkol, uyutucu, uyuşturucu maddeler ile iç organ parçalarında aranan toksik maddelerden hiçbirinin bulunamadığı, iç organ parçalarının histopatolojik incelenmesinde kalpte hipertrofik kardiyomyopati; hemoperikardiyum, böbrekte interstisyel nefrit saptandığı, olgunun dissekan aort anevrizması ruptürüne bağlı gelişen kalp tamponadı sonucu öldüğü kararma varılmıştır.

TARTIŞMA

Dissekan aort anevrizması ruptürü akut başlaması ve beklenmedik şekilde ölümle sonuçlanması nedeniyle kuşkulu ölüm kapsamında değerlendirildiğinden adli tıp açısından önemlidir. Tip I ve tip II disseksiyon %60; tip III disseksiyon ise %40 sıklıkla gö-

Resim 1. Assenden aortada dissekan anevrizma ruptür alanı



rülmemektedir. DeBakey sınıflamasına göre en sık görülen tip I yerleşimli, 55 yaşında ve erkek olgu yaş ve cinsiyeti ile de tanımlanan ölçütlere uygunluk göstermektedir (9).

Aort disseksiyonu bulunan olgularda ağrı önemli bir bulgu olup, yapılan çalışmalarda olguların yaklaşık %94'ünde göğüs ve/veya karın ağrısı bulunduğu bildirilmiştir (13). Ağrı ani başlangıçlı sıklıkla şiddetli ve yırtıcı tarzdadır (3,5). Ağrının bir diğer özelliği de disseksiyon boyunca yayılması ve yer değiştirmesidir. Sunulan olguda ağrının batına lokalize olması nedeni ile renal kökenli olduğu düşünülmüş ve buna yönelik tedavi uygulanmıştır. Ayırıcı tanıda dissekan aort anevrizması düşünülerek ayrıntılı öykü alınmalı, ağrının türü, yayılımı ve şiddeti başlangıçta etraflıca sorgulanmalıdır (13).

Aort disseksiyonu kesin tanısında önceleri tek yöntem olarak anjiyografi kullanılırken (5,9), bilgisayarlı tomografi (BT), nükleer manyetik rezonans (NMR) ve transözefageal ekokardiografi (TEE) gibi noninvaziv alternatif görüntüleme yöntemlerinin geliştirilmesi ile böyle hastalarda daha kolay ve erken tam konulabilmektedir (9). İnvaziv bir yöntem olan aortografi kesin tanı koydurur-

dur (5). NMR ve TEE'nin torasik aortun her düzeyinde oluşan disseksiyonun tanısında oldukça duyarlı yöntemler olduğu bildirilmiştir (10).

Olguda ön tanılar arasında aort disseksiyonu düşünülmediğinden bu yöntemlerden hiçbiri uygulanmamıştır. Kliniğe ilk başvuruda bu tür olguların sadece %60'mda dissekan aort anevrizmasından kuşkulandığı ve ölümden önce tanı konma oranının ise %90'nın altında olduğu saptanmış, tanı amaçlı görüntüleme yöntemlerinde önemli gelişmeler olmasına rağmen doğru bir klinik yaklaşım sağlanabilmesi için hala ayrıntılı bir öyküye gereksinim olduğu bildirilmiştir (13).

Bu tür olgularda antemortem klinik özelliklerin daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için postmortem yapılan incelemeler önemlidir. Postmortem incelemeler sonucunda ulaşılan tanıların klinik alanlara geri bildiriminde ise önemli bir eksiklik bulunmaktadır. Klinik tanı ile otopside elde edilen sonuçlar arasında anlamlı düzeyde diskordans bulunduğu (1,4) olguların %31.7'sinde major uyumsuzluk olduğu saptanmıştır (14).

Doğal nedenlere bağlı ölüm olgularında klinik muayene yöntemleri dışında sıklıkla

otopsi ve postmortem inceleme yapılmamaktadır. Bu tür olgularda otopsi ve diğer postmortem inceleme yöntemleri daha sık uygulanarak elde edilen sonuçlar klinik ön tanıyı veren birimlere iletilmelidir. Böylece postmortem inceleme, hem hukuk sistemine hem de tıp bilimine olumlu katkılar getiren bir uygulama olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Battle R.M., Pathak D., Humble C.G., Key C.R., Vanatta P.R., Hill R.B., Anderson R.B.: Factors Influencing Discrepancies Between Premortem and Postmortem Diagnosis. *JAMA* 258:339-344 (1987).
2. Cohen L.S.: Disease of The Aorta, "Cecil Textbook of Medicine eds Wyngaarden JB. Vol 1, 19th ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia 350-355 (1992).
3. Dzau V.J., Greagler M.A.: Disease of Aorta. "Harrison's Principles of Internal Medicine. Ed: Isselbacher KJ 13th eds, McGraw-Hill, Inc :1131-1135 (1994).
4. Gresham G.A., Turner A.F.: Post-Mortem Procedures (an Illustrated Textbook) Wolfe Medical Publications Ltd, London 9 : (1979).
5. Gürlek A.: Aort Hastalıkları. "Temel İç Hastalıkları, Ed. Iliçin G. 1.Cilt. Güneş Kitabevi 388-390 (1996).
6. Karagöz Y.M., Karagöz S., Atılğan M., Demircan C.: Medikolegal Ölümlerin Analizi. 8.Ulusal Adli Tıp Günleri, Poster Sunuları Kitabı 119-124 (1995).
7. Knight B.: The Pathology of Sudden Death. "Forensic Pathology Second ed. London 504-505 (1997).
8. Kumar V., Cotran R.S., Robbins S.L.: Basic Pathology. Sixth ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 300-302 (1997).
9. Lee J.K.T., Sagel S.S., Stanley R.J., Heiken J.P.: "Computed Body Tomography with MRI Correlation. Third ed. Eds: Lee J.K.T., Lippincott-Raven. Philadelphia 310.312 (1998).
10. Nienaber C.A., Kodolitsch Y.V., Nicolas V., Siglow V., Piepho A., Brockhoff C., Koschyk D.H., Spielmann R.P.: The Diagnosis of Thoracic Aortic Dissection by Noninvasive Imaging Procedures. *N Engl J Med* 328:1-9 (1993).
11. Örsal M., Yücel F.: Ani ölüme yol açan iki dissekan aort anevrizma olgusu. *Adli Tıp Derg.* 13:39-42 (1997).
12. Recchia D., Sharkey A.M., Bosner M.S., Kouchoukos N.T., Wickline S.A.: Sensitive Detection of Abnormal Aortic Architecture in Marfan Syndrome With High-Frequency Ultrasonic Tissue Characterization. *Circulation*, 91:1036,1043 (1995).
13. Rosman H.S., Patel S., Borzak S., Paone G., Retter K.: Quality of History Taking in Patients With Aortic Dissection. *Chest*, 114:793-795 (1998).
14. Sarode V.R., Datta B.N., Banerjee A.K., Banerjee C.K., Joshi K., Bhusnurmath B., Radotra B.D.: Autopsy Findings and Clinical Diagnoses: A review of 1.000 Cases, *Hum Pathol*, 24:194-198 (1993).
15. Stothert J.C., Gbaanador G.: Autopsy in General Surgery Practice. *Am J Surg*, 162:585 (1991).
16. Svenjo S., Bengtsson H., Bergtsson H., Bergvist D.: Thoracic and Thoracoabdominal Aneurysm and Dissection: An Investigation Based on Autopsy. *Br J Surg*, 83:68-71 (1996).
17. Tüzün B., Elmas İ., Aşirdizer M., Akkay E.: Dissekan Aorta Anevrizma Ruptürüne Bağlı Ölümlerin Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. *1st Tıp Fak Mecması*, 337-341 (1997).
18. Wegener O.H.: Whole Body Computed Tomography. Second ed. Blackwell Scientific Publications. Boston 165: (1994).