

## Olgu Sunumu

# Doğum Sonrası Erken Dönem Gelişen Aort Diseksiyonu

Ali Kemal GÜR\*<sup>©</sup>, Esra EKER\*\*<sup>©</sup>, Arzu Esen TEKELİ\*\*<sup>©</sup>

### ÖZ

*İntima ve media tabakasının ayrılması sonucu gelişen aort diseksiyonu tedavi edilmediği takdirde mortal seyreden bir hastalıktır. Tedavisi acil cerrahi müdahale olan aort diseksiyonu genellikle hipertansif ve bağ doku hastalığı olan hastalarda görülmektedir. Gebeliğe bağlı hipervolemi, taşikardi, kardiyak output artışı ve özellikle gebeliğin son dönemlerinde aortaya ve iliak arterlere baskı sonrası asendan ve torakal aortada meydana gelen basınç gebelikteki aort diseksiyonları için risk faktörleridir. Bu makalemizde 29 yaşında herhangi bir kardiyak öyküsü olmayan 35 haftalık gebelik sonrası üçüncü çocuğunu doğuran ve postpartum 1. günde ani başlayan sırt ağrısı ile yapılan tetkikler sonrasında aort diseksiyonu tanısı konan bir kadın hastayı sunmak istedik.*

**Anahtar kelimeler:** *gebelik, aort diseksiyonu, hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, kalp cerrahisi*

### ABSTRACT

#### **Aortic Dissection Developed During Early Postpartum Period**

*Aortic dissection, which is a result of the separation of the intima and media layer of the vascular wall is a mortal disease if not treated. It is usually seen in patients with hypertensive and connective tissue disease. The treatment of aortic dissection is emergency surgical intervention. Hypervolemia, tachycardia, increased cardiac output due to pregnancy and rise of arterial pressure in the ascending and thoracic aorta due to external pressure on aorta and iliac arteries during the last trimester of pregnancy are risk factors for gestational aortic dissection. In this case, we wanted to present a 29-year-old female patient, with no prior cardiac risk factor, who had delivered her third child after a 35-week-pregnancy. She experienced a sudden-onset back pain on postpartum first day. Further analysis showed she had an aortic dissection.*

**Keywords:** *pregnancy, aortic dissection, hypertension, connective tissue diseases, cardiac surgery*

## GİRİŞ

Aort diseksiyonu damar duvarının intima tabakasında meydana gelen intimal hasara bağlı olarak kanın intima ve media tabakası arasında yol bularak ilerlemesi olarak tanımlanmaktadır. De Bakey<sup>[1]</sup> tarafından sınıflandırılan diseksiyonlar 3 tiptir: Tip 1 asendan aortadan başlayıp sol subclavian arterin ilerisine kadar devam eder, Tip 2 asendan aortada sınırlı olur ve sağ brachiocefalik artere ulaşmadan son bulur, Tip 3 sol subclavian arter distalinden başlayıp abdominal aor-

taya kadar uzanır. Aort diseksiyonu için hipertansiyon, bağ dokusu hastalıkları, ateroskleroz, iatrojenik, travmalar, infektif hastalıklar, gebelik gibi birçok predispozan faktör sayılmaktadır. Bu olgularının %75'i 40-70 yaş aralığındaki hastaları etkilemektedir<sup>[2]</sup> fakat tüm yaş gruplarında görülebilir, diseksiyona ağrı eşlik etmeyebilir. Bu durumda hastalarda diseksiyonun tutulum bölgesine göre farklı semptomlar görülebilir. Alt ekstremitte tutulumuna bağlı kladikasyon, emboli kliniği, duyu ve motor kayıp mezenterik arter tutulumuna bağlı karın ağrısı, karotis arter tutulumuna

\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\*Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

**Yazışma adresi:** Yard. Doç. Dr. Ali Kemal Gür, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

**e-mail:** dralikemal@gmail.com

**ORCIDLER:** A. K. G. 0000-0002-6460-4941, E. E. 0000-0001-7709-8091, A. E. T. 0000-0002-6525-7267

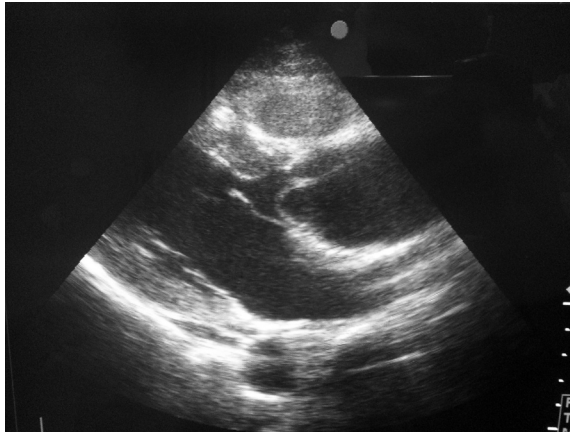
**Alındığı tarih:** 15.10.2017

**Kabul tarihi:** 31.10.2017

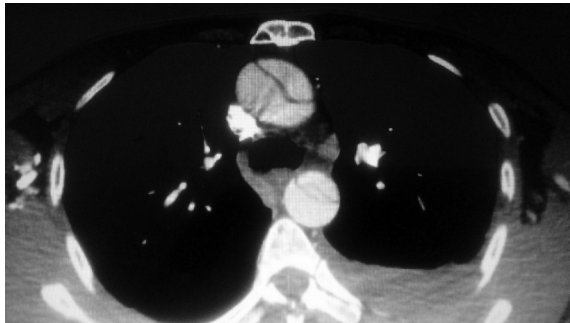
bağlı senkop, koroner arter tutulumuna bağlı miyokard infarktüsü, iki kol arasında basınç farkının olması gibi birçok farklı klinik görülebilir<sup>[3]</sup>. Bu nedenle tanı konulması sırasında klinik şüphe çok önemlidir. Tanı da altın standart kontrastlı bilgisayarlı (BT) tomografidir. BT’de klasik kontrast içerisinde yarım ay şeklinde fleb görülmesi patognomoniktir.

## OLGU

Yirmi dokuz yaşında ilk 2 gebeliği normal doğumla sonuçlanmış hasta preeklampsi nedeni ile kadın doğum servisine yatırıldı. Otuz beş haftalık gebelik sezaryen ameliyatı ile sonlandırıldı. Servis takipleri sırasında hastada ani başlangıçlı sırt ve göğüs ağrısının olması üzerine hastaya acil ekokardiyografi çekildi (Resim 1). Yapılan ekokardiyografide asendan aortta fleb görülmesi üzerine hastaya acil kontrastlı BT çekildi (Resim 2). Hastaya Tip 1 diseksiyon tanısı konularak kalp damar cerrahi konsültasyonu istendi. Yapılan incelemeler sonucunda acil cerrahi planlana-



Resim 1. Diseksiyon flebinin transtorasik Ekokardiyografide görünümü.



Resim 2. Diseksiyon flebinin kontrastlı Bilgisayarlı Tomografide görünümü.

rak hasta premedikasyonsuz olarak ameliyata alındı. EKG, pulse oksimetre, komplikasyonsuz arteriyel kanülasyon ile standart monitörizasyon yapıldı. Anestezisi induksiyonu olarak fentanil 8 µ/kg, propofol 1 mg/kg, pankuronyum 0.01 mg/kg, midazolam 0.1 mg/kg ile yapıldı. Hasta tek seferde ve sorunsuz entübe edildi. Santral venöz katater takıldı. Hastaya fentanil 8 µ/kg/s, propofol 1-2 mg/kg/s ile anestezisi idamesi total intravenöz anestezisi (TIVA) uygulandı. Sternotomi sonrası asendan aortun geniş ve diseke olduğu görüldü. Sağ femoral kanülasyon ile arteriyel kanülasyon ve sağ atrial two stage venöz kanül ile venöz kanülasyon yapıldı. Asendan aortaya kross klemp konularak aortotomi, sonrasında antegrad kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandı. Aortun sağ koroner ostiumun 2 cm üstünden diseke olduğu görüldü (Resim 3). Yirmi sekiz numara dakron tüp greft ile proksimal anastomoz yapıldı. Distal anastomoz total sirkulatuar arreste gerek duyulmadan kros altında yapıldı. Isı ve basınçların normal olması sonrası kardiyopulmoner bypasstan çıkılarak kanül çıkarıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde tansiyon kontrolü yapıldı. Kardiyoloji ve kadın doğum ile yapılan konsey sonrasında hastanın hipertansiyon tedavisi alması ve bebeği em-



Resim 3. Ameliyat sırasında diseksiyonun görünümü.

zirmesinin sakıncalı olduğu kararına varıldı. Servis takipleri sonrası hastanın genel durumunun iyi olması nedeniyle postoperatif 10. gün bebeği ile birlikte şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Aort diseksiyonları %75'i 40-70 yaş aralığındaki hastaları etkilemektedir [2]. Gelişimindeki en büyük risk faktörü hipertansiyondur. Erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülmektedir [3]. Kırk yaşın altında çok görülmemesine rağmen, eğer hastaların aile öyküsü, aort koarktasyonu, biküspid aort kapak tanısı, Marfan sendromu veya bağ dokusu hastalığı gibi bir ya da birden fazla predizpozan faktör varsa diseksiyon görülme olasılığı diğer kişilere göre daha fazla olmaktadır [4]. Gebelik diğer bir risk faktörüdür [5]. Gebelikte aort diseksiyonu oluşma nedenleri olarak; yüksek tansiyon ve hipervolemi, periferik ödem, aortanın elastik dokusunun zayıflaması, büyüyen rahmin abdominal aortaya ve iliak arterlere bası yapması sonucu karın üstü bölgede tansiyon yüksekliği, gebeliğe bağlı hormonal değişiklikler gibi nedenler sayılmaktadır [6]. Zhu ve ark.'nın [7] yaptığı bir çalışmada 25 aort diseksiyonu olan hasta incelenmiş ve bunların 17'sinde Marfan sendromu belirlenmiş. Özellikle 28 haftadan önceki gebeliğe bağlı diseksiyon olgularının mortal seyrettiği fakat 28. hafta sonrasındaki diseksiyonlarda mortalitenin azaldığı görülmüştür.

Aort diseksiyonlarda ilk semptom genellikle ani başlayan sırt ve göğüs ağrısıdır. Sırt ağrısı hastalar tarafından orta hattan başlayan ve aşağıya doğru şiddetli bir şekilde devam eden bir ağrı şeklinde tanımlanmaktadır. Ani gelişen senkop, anksiyete, hemiparazi, hemipleji, alt ekstremité ağrısı, kladikasyon, karın ağrısı, miyokard infarktüsü, tamponad gibi belirti ve bulgularla kendini gösterebilir [4]. Hastamızda ani başlangıçlı göğüs ve sırt ağrısı mevcuttu.

Diseksiyonun medikal tedavisinde ilk öncelik hipertansiyonu kontrol altına almaktır [8]. Bu amaçla nitrogliserin ve esmolol tedavisinin başlanması gerekmektedir. Gebelerdeki preeklamsi ve eklamsi gibi durumlarda hastanın ışığı az ve sessiz bir odada monitörize edilerek takip edilmesi gerekmektedir.

Gebe hastalar için Tip A diseksiyonu tanısı konulduktan sonra ameliyat için farklı görüşler olmasına

rağmen, 28 haftalık gebeliklerden önce olan diseksiyonların gebelik sonlandırılmadan yapılması, 28-32 haftalık gebeliklerde bebeğin kilo ve akciğer gelişim durumuna göre yapılması, 32 haftadan sonraki gebeliklerde sezaryen ve diseksiyon ameliyatının aynı seansta yapılması önerilmektedir [9]. Tip B diseksiyonlar için ise perfüzyon bozukluğu bulguları yoksa hastaların doğum sonrası tedavi edilmeleri gerektiği söylenmiştir.

Rajagopan ve ark.'nın [10] yaptığı bir çalışmada, 75 gebe kadın hastada görülen diseksiyonlarda Tip A için %21, Tip B için %24 anne için mortalite görüldüğünü rapor etmişlerdir. Bebek mortalitesi ise Tip A'da %10, Tip B'de %35 olarak rapor edilmiştir.

## SONUÇ

Bu makalemizde 29 yaşında kardiyak bir öyküsü olmayan 35 haftalık gebelik sonrası aort diseksiyonu nedeniyle başarılı bir şekilde tedavi edilen bir hastayı sunmayı amaçladık. Hipertansiyonu olan, ailede hipertansiyon öyküsü olan, gebeliği sırasında eklamsi veya preeklamsi gibi hipertansif durumu olan ya da marfanoid görünümüne gebe hastaların gebelikleri boyunca ve postpartum dönemde diseksiyon açısından sıkı takip edilmeleri ve kardiyoloji kliniği ile iş birliği içinde olunmasının diseksiyonun tanı ve tedavisi açısından büyük önem taşıdığı görüşündeyiz.

## KAYNAKLAR

1. DeBaakey M, McCollum C, Crawford S, Morris G, Howell J, Noon G, et al. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: Twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patients treated surgically. *Surgery*. 1982;92(6):1118-34.
2. Meszaros I, Morocz J, Szlavi J, Schmidt J, Tornoci L, Nagy L, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest*. 2000;117:1271-8. <https://doi.org/10.1378/chest.117.5.1271>
3. Pape LA, Awais M, Woznicki EM, Suzuki T, Santi T et al. Presentation, diagnosis, and outcomes of acute aortic dissection: 17-year trends from the international registry of acute aortic dissection. *J Am College of Cardiology*. 2015;66(4):350-8. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.05.029>
4. Pacini D, Di Marco L, Fortuna D, Belotti L, Gabbieri D, Zussa C, et al. Acute aortic dissection: Epidemiology and outcomes. *International J Cardiology*. 2013;167(6):2806-2812 <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.07.008>
5. Thalmann M, Sodeck GH, Domanovits H, Grassberger M, Loewe C, Grimm M, et al. Acute type A aortic dis-

- section and pregnancy: a population-based study. *European J Cardio-Thoracic Surg*. 2011;39(6):159-63. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2010.12.070>
6. Rajagopalan S, Nwazota N, Chandrasekhar S. Outcomes in pregnant women with acute aortic dissections: a review of the literature from 2003 to 2013. *International J Obstet Anesth*. 2014;23(4):348-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2014.05.001>
  7. Zhu JM, Ma WG, Peterss S, Wang LF, Qiao ZY, Ziganshin B, et al. Aortic dissection in pregnancy: Management strategy and outcomes. *The Annals of Thoracic Surg*. 2017;103(4):1199-206. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.08.089>
  8. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Aortic Aneurysm and Aortic Dissection (JCS 2011). *Circulation Journal*.
  9. Ray P, Murphy GJ, Shutt LE. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *Br J Anaesth*. 2004;93:428-39. <https://doi.org/10.1093/bja/ae194>
  10. Rajagopalan S, Nwazota N, Chandrasekhar S. Outcomes in pregnant women with acute aortic dissections: a review of the literature from 2003 to 2013. *Int J Obstet Anesth*. 2014;23:348-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2014.05.001>