

# Aortik İntamural Hematom Tanı ve Tedavisi

Erkan KURALAY, Ertuğrul ÖZAL, Ufuk DEMİRKILIÇ, Harun TATAR

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği Etlik, Ankara

Aortik intramural hematoma (IMH), sol yıllarda MR, bilgisayarlı tomografi ve transözofageal eko-kardiografi gibi tanı metodlarının rutin kullanıma girmesi ile daha kolay saptanabilmektedir. Ascenden aortada yerleşen IMH oldukça yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olduğu için erken dönemde cerrahi tedavi önerilirken, desenden aorta yerleşimli ve komplikasyonsuz IMH'larda daha çok antihipertansif ajanlarla medikal tedavi önerilmekte ve oldukça yaşlı olan bu hastalarda ağrı ve hematomun genişlemesi kontrol edilebilirse, mortalite ve morbiditenin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Fakat oldukça çelişkili sonuçlarda bildirilmektedir. İlerideki çalışmalar ve takipler IMH'da tedaviler hakkında görüş birliğini ortaya çıkaracaktır.

**Anahtar sözcükler:** İntamural hematoma, Cerrahi ve medikal tedavi, Mortalite ve morbidite

GKDC Dergisi 1999;7:117-120

## Diagnosis and Management of Aortic Intramural Hematoma

Aortic intramural hematoma (IMH), recently more easily diagnosed by MR, CT transesophageal echocardiography. Intramural hematoma of ascenden aorta have higher mortality and morbidity by medical therapy so surgical intervention should be performed in emergency basis. Conversely uncomplicated decenden aorta IMH's not require surgical treatment especially if the pain and expansion of hematoma can be controlled with antihypertensive therapy. But there were a lot of conflicting results. There were not single therapy concept for IMH. But further studies and follow-up results will determinate therapy concept for IMH's

**Key words:** Aortic Intramural Hematoma, Surgical and Medical therapy, Mortality and morbidity

## Giriş

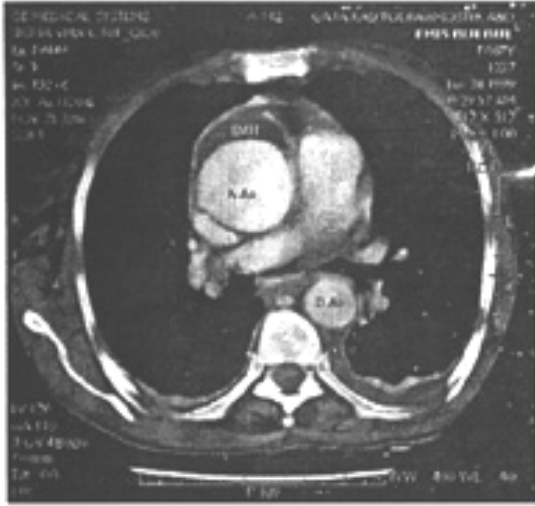
Aortik intramural hematoma (IMH) ilk defa Krukenberg (1) tarafından tarif edilmiş olup, intimal yırtık veya penetran ülser olmadan adventisial vasovazomların rüptürü sonucu, subadventisiel alanda kanama ile oluşan klinik tablodur. Aorta duvarında lokalize kalınlaşma olduğu halde belirgin intimal fleb görüntüsü yoktur. Bu klinik tablo mediastinal apopleksi (2) olarakta isimlendirilir. IMH ile aortik diseksiyonun klinik olarak ayırt edilebilmesi son derece zordur. Fakat günümüzdeki gelişmiş diagnostik görüntüleme sistemleri ile IMH, aortik diseksiyondan ayırılabilir. Aortik diseksiyon tedavisi hakkında günümüzde genel tedavi konsepti oluşturulmasına rağmen, lite-

ratürde IMH ile ilgili yerleşmiş bir görüş birliği yoktur (3,4).

## Olgu Sunumu

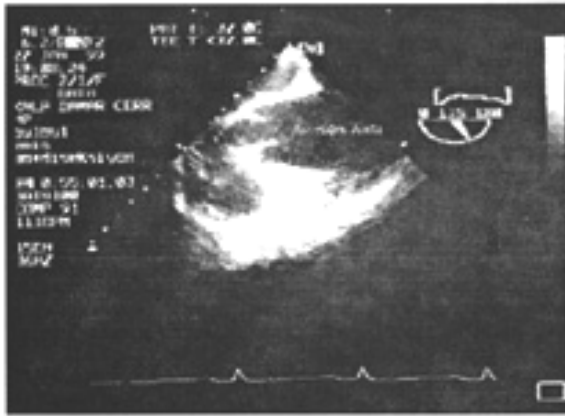
### Olgu 1

Ciddi sırt göğüs ağrısı ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi acil servisine baş vuran 65 yaşındaki kadın hastanın EKG'sinde sol ventrikül sistolik yüklenme, telekardiogramında ise mediastinal genişleme saptandı. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde ascenden aortada intimal fleb ve yalancı lümen görüntüsü olmadan ascenden aortada intramural hematoma saptandı (Şekil 1). Aortanın internal çapı 38 cm iken dış çapı 58 mm olarak saptandı. Aortik diseksiyondan ayırt



**Şekil 1.** Ascenden Aorta Kontrastlı Tomografi: Intramural hematoma Ascenden aortayı yarım ay şeklinde sararken, desenden aorta tümü ile normal görünmektedir. Dikkat edileceği gibi intramural hematoma içersine kontrast geçişi yoktur.

edebilmek amacı ile hastaya transözofajiyal ekokardiografi yapıldı ve ascenden aorta içerisinde intimal fleb ve yalancı lümen saptanmadı (Şekil 2). Hastaya acil şartlarda koroner anjiyografi yaptırıldı ve sağ koroner arterde kritik darlık saptandı. Yoğun bakıma



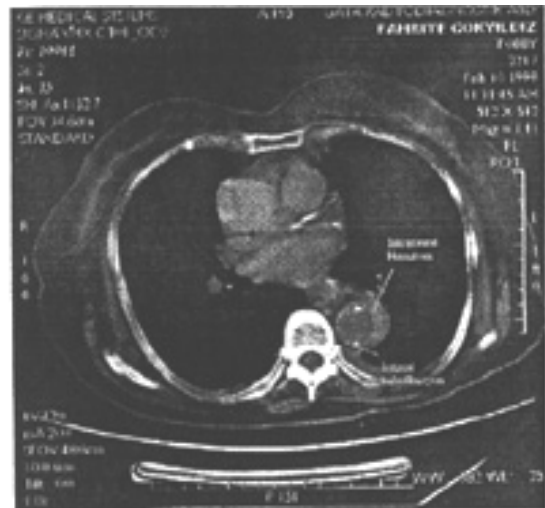
**Şekil 2.** Transözofageal Ekokardiografi: Ascenden aorta içerisinde intimal yırtık ve yalancı lümen görülmüştür.

alınan ve antihipertansif infüzyonuna başlanan hasta, ameliyathaneye alındı. Femoral kanülasyon uygulanan hastada tek venöz kanül kullanılarak kardiyopulmoner bypass'a girildi. Ascenden aortada aortik arkın hemen prok-

simaline kadar uzanan aortanın ön ve sağ yan yüzünde subadventrisiyel alanda trombus saptandı. Hastaya suprakoroner ascenden aorta replasmanı yapıldı. Sağ koroner arter gövdeye safen ven kullanılarak bypass yapıldı ve safen venin proksimal anastomozu hemashield grefte yapıldı. Hasta 12. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

## Olgu 2

On gündür devam eden sırt ağrısı ile kliniğimize başvuran ve hipertansiyon hikayesi olan, 88 yaşındaki kadın hastanın EKG'sinde, nonspesifik değişiklikler ve tele radyogramında mediastinal alan genişliği saptandı. Antihipertansif infüzyonu ile yapılan bilgisayarlı tomografisinde hastada sol subklavian arterin hemen distalinden itibaren diyafragma seviyesine kadar olan desenden aorta segmentinde kalınlaşma ve intramural hematoma saptandı. IMH desenden aortanın sağ yanında yarım ay şeklinde aortayı sarmıştı. Sınırdaki böbrek fonksiyonları olan hastaya kontrastlı çalışma yapılmamasına rağmen aorta lümeni ile duvarı arasında dansite farkı saptandı. İntimal kalsifikasyonu olan hastada intimal yırtık saptanmadı (Şekil 3). Hasta 5 gün yoğun bakımda tutuldu ve antihipertansif ajan infüzyonu ve beta bloker



**Şekil 3.** Desenden aorta kontrastsız tomografisi: Desenden aortada belirgin intimal kalsifikasyon ve aorta etrafında yarım ay şeklinde intramural hematoma görülmektedir. Intramural hematoma ile aorta lümeni arasında belirgin dansite farkı vardır.

tedavisi yapıldı. Hastanın ağrısı hipertansiyonu regüle edildikten sonra kayboldu. İleri yaş ve 9. günde yapılan tomografide desenden aorta çapında artma ve plevral effüzyon saptanmadığı için ameliyat düşünülmeyen hasta takip programına alınarak 10. gününde taburcu edildi.

### Tartışma

Aortanın İntramural hematomu akut aortik diseksiyon bulguları ile karşımıza gelen ve genellikle yaşlı ve hipertansif hastalarda görülen klinik seyri hakkında değişen görüşlere sahip klinik ve anatomik tablodur (2-5). IMH aorta etrafında yarım veya sirküler hale şeklinde olabilir. İntimal yırtık olmadan vazovazorumların rüptürü ile media tabakası dışında adventisya altında hemoraji sonucu gelişen IMH'ların %33'ünde tipik aortik diseksiyon %27'sinde aortik rüptür gelişir ve bunlar perikardiyal veya plevral effüzyon ile beraberdir. Hematomun regresyonu %13 hastada gösterilmiştir. Bu hastaların büyük çoğunluğu ileri yaş grubunda ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarına sahip oldukları için kümülatif mortaliteleri %53 oranında belirtilmektedir (6). Ascenden aorta yerleşimli IMH'ların komplikasyonları oldukça yüksek oranda olduğu için tanı konulduğunda cerrahi tedavi önerilirken (6) desenden aorta yerleşimli IMH'larda komplet resolüsyon bir çok yayında bildirilmiştir (2,5,7,8) Bu sebeble antihipertansif tedavi ile semptomları kaybolan ve tekrarlayan kontrollerde aortada genişleme saptanmayan hastalarda özellikle desenden aorta yerleşimli IMH'larda medikal tedaviye devam edilmelidir. Fakat antihipertansif tedaviye rağmen ısrarlı ağrı ve genişleyen hematomu olan hastalarda cerrahiden kaçınılmamalıdır.

Plevral ve perikardiyal effüzyon IMH'un geliştiği ilk 24 saat içerisinde genellikle görülmez. Genellikle diseksiyonunun başlamasından 48 saat sonra gelişir. IMH'larda diseksiyon olan segment mediya dışında yerleştiği için fragil olan aorta-dan ekstraluminal sızma sonucu plevral veya

perikardiyal effüzyon geliştiği düşünülür ve effüzyonun kötü prognozun bir öncüsü olduğu düşünülmektedir. Medikal tedavi başarılı olursa plevral veya perikardiyal effüzyonda spontan olarak kaybolur (4).

Sonuç olarak: İntramural aortik hematom erken veya inkomplet aortik diseksiyon olarak değerlendirilmelidir. Hayashi ve ark (9), Hirst ve ark (10), Wilson ve Huchins'in (11) yaptığı çalışmalarda, intimal yırtık olmadan gelişen aortik diseksiyonunun, tüm aortik diseksiyonların sırası ile %5, %4, ve %3'ünde önceden geliştiğini belirtmişlerdir. Günümüzde yaygın hale gelen MR ve bilgisayarlı tomografi ile IMH tanısı ve takibi daha kolay yapılabilecek ve yakın gelecekte alınan sonuçlarla tedavide görüş birliği oluşturulabileceğine inanmaktayız.

### Kaynaklar

1. Krukenberg E. Beitrage zur Frage des Aneurysma dissecans. Beitr. Pathol Anat 1920; 67: 329-51.
2. Robbins RC, McManus RP, mitchell RS, et al. Management of patients with intramural hematoma of the thoracic aorta.. Circulation 1993; 88: 110-117.
3. Poşacıoğlu H, Atay Y, Çetindağ B, yağdı T, Ertürk Ü, Büket S. Management of aortic intramural hematoma. Asian Cardiovasc Thorac Ann 1997; 5: 109-111.
4. Yamada T, tada S, Harada J, aortic dissection without intimal rupture: Diagnosis with MR imaging and CT. Radiology 1988; 168:347-52.
5. Erbel R, Mohr-Kahaly S, Oelert H, et al. Diagnostik strategies in suspected aortic dissection: comparison of computed tomograph, aortography, and transesophageal echodiography. Am J Cardiac Imaging 1990; 4: 152-72.
6. Mohr-Kahaly S, Erbel R, Kearney P, Puth M, Meyer J. Aortic intramural hemorrhage visualized by transesophageal echocardiography: Finding and prognostic implications J Am Coll Cardiol 1994; 23: 658-64.

7. Lui RC, Menkis AH, McKenzie FN. Aortic dissection without intimal rupture: Diagnosis and management. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 886-8.
8. Schappert T, Sadony V, Schoen F et al. Diagnosis and therapeutic consequences of intramural aortic hematoma *J Card Surg* 1994; 9: 508-15.
9. Hayashi K, Meaney TF, Zelch JV, Tarar R. Aortographic analysis of aortic dissection *AJR* 1974; 122: 769-82.
10. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW. Dissecting aneurysms of the aorta: A review of 505 cases. *Medicine* 1958; 37: 217-29.
11. Wilson SK, Huchins FM. Aortic dissecting aneurysms: casuative factors in 204 subjects. *Arch Pathol Lab Med* 1982; 106: 175-80.

---

**Yazışma adresi:** Yrd.Doç.Dr.Erkan KURALAY  
Gülhane Lojmanları Pamir Apt. No:18  
Etilik/Ankara/06010  
35100 Bornova, İzmir  
Tel: 0 232 388 2866  
Fax: 0 232 339 0002  
E-Mail: yatay@med.ege.edu.tr

---