**AORT DİSEKSİYONU**

* Aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu media tabakasının ayrılarak kanın aort duvarının içine dolmasıdır.
* İki ayrı lümen oluşur (gerçek ve yalancı)
* İntimal yırtık disseksiyonun başlangıç noktasıdır. Distalde yeniden gerçek lümene giriş (reentry) yapar veya kör cep şeklinde kalır.
* Yan dallarda kan akımı < malperfüzyon
* Yalancı lümen→ dilatasyon→ rüptür



**Epidemiyoloji**

* Aortun en sık görülen akut hastalığıdır.
* İnsidansı 5-10 hasta/milyon/yıl dır.
* Sıklıkla 50-70 arası erkeklerde görülür.
* Erkekler kadınlara göre 3 kat daha fazla etkilenirler.
* Olguların %95’inde diseksiyon aortik kapağın birkaç cm yukarısından çıkan aort içinden veya inen aortada subklavian arterin yakınında başlar.
* Hipertansiyon
* Medial dejeneratif hastalık
* Genetik geçişli hastalıklar
* Konjenital kalp ve damar hastalıkları *(biküspid aorta, aort koarktasyonu)*
* Ateroskleroz
* İnflamatuar aort hastalıkları
* Travmatik yanalanmalar
* İatrojenik yanalanmalar
* İlaç bağımlılığı

**Aort Diseksiyonu Anatomik Sınıflaması**

****

**Semptomatoloji**

* Şiddetli ağrı (yırtıcı, gezgin)
* Büyük damar tıkanıklığı \*arkus→stroke, senkop \*IC→parapleji \*renal→oliguri, anuri \*iliak→iskemik bacak
* Ani ölüm (perikard, plevra, peritona yırtık) (koroner disseksiyon → 1/5)
* Hipovolemik şok, tamponad
* Akut aort yetmezliği
* Konjestif kalp yetmezliği
* MORTALİTE SAAT BAŞI % 1-3 DÜR !
* MÜDAHALE EDİLMEZSE:
* %58’İ İLK 24 SAATTE
* %26’SI 1-7 GÜNDE
* %90’I İLK AYLARDA EX!

**Ağrı**

* En sık görülen semptomdur.
* Şiddetli göğüs, sırt veya karın ağrısı olur.
* Ağrı genellikle ani ve şiddetli başlar, keskindir ve yırtılma hissi verir.
* Göğsün ön tarafından başlayan ağrı tip-A diseksiyon habercisidir.
* Skapulalar arası veya sırt bölgesinde başlayan ağrı ise tip-B diseksiyonlar için daha karakteristiktir.
* Diseksiyona bağlı ağrı özellikle MI’dan ayırt edilmelidir. Çünkü bu hastalarda uygunsuz trombolitik tedavi ölümcüldür.
* Akut MI’daki ağrı daha tedrici başlangıçlıdır ve daha çok baskı tarzındadır.
* Nabızların eşit olmaması ve asimetrik kan basıncı alınması ayırıcı tanıda yardımcıdır.
* %12 oranında , nörolojik komplikasyonlu hastalarda ağrısız olabilir.

**Tanı Yöntemleri**

* Göğüs Röntgeni:
1. Genişlemiş üst mediasten
2. Aort topuzunda anormallikler
3. Aort çapında artma
4. Çifte dansite (yalancı lümen)
5. Trakeal deviasyon
6. Özefagus deviasyonu
7. Aort kontüründe düzensizlik
8. Sol plevral efüzyon
* Görüntüleme yöntemleri: 
1. Bilgisayarlı tomografi (BT)
2. Transösefagial ekokardiografi (TEE)
3. Magnetik rezonans Görüntüleme (MRI)
4. Aortagrafi *(patolojik tip-3)*

**Tanısal Görüntülemede Amaç**

* Gerçek ve yalancı lümeni ayıran intimal flebin görüntülenmesi
* Diseksiyon tipinin
* Yaygınlığının
* Yan dal tutulumunun
* Gerçek ve yalancı lümen ilişkisinin
* Aort kapağının ve koroner ostiumların tutulup tutulmadığının belirlenmesidir

**Cerrahi Tedavinin Amacı**

* Sahte lümenin kapatılıp akımın gerçek lümene yönlendirilmesi
* Aortun intimal yırtığı içeren ve rüptüre en yatkın bölümlerinin replase edilmesi
* Aort kapak yetersizliğinin giderilmesi
* Malperfüzyonun düzeltilmesi
* Perikard tamponadı varsa boşaltılması

**Cerrahi Endikasyonlar**

* ***Akut Proksimal Diseksiyonlarda*** ACİL cerrahi girişim şarttır:
1. Çift lümen varlığı
2. İntramural aortik hematom
3. Aort kapak yetmezliği
4. Malperfüzyon bulguları (parapleji,böbrek yetmezliği, ekstremite beslenme bozukluğu
* ***Subakut Proksimal Diseksiyonlarda***  (15 gün-2ay) :
1. Kardiyak tamponad varlığı
2. Malperfüzyon bulguları
3. Aort kapak yetmezliği nedenleriyle ACİL cerrahi
* Genel durum iyi şartlar uygunsa ELEKTİF cerrahi uygulanır.
* ***Kronik Proksimal Diseksiyonlarda:***
* Rüptür tehdidi yada ileri aort kapak yetmezliği nedeni ile ERKEN cerrahi gerektirir.
* Sıklıkla hemodinamik açıdan stabildir ve ELEKTİF cerrahi uygulanır.
* ***Akut Distal Diseksiyonlarda:***
1. Rüptür
2. Kontrol edilemeyen hipertansiyon
3. Kontrol edilemeyen ağrı
4. Malperfüzyon
5. Aort çap artışı varsa CERRAHİ, yoksa MEDİKAL TEDAVİ ve TAKİP
* ***Kronik Distal Diseksiyonlarda***

 Cerrahi tedavi anevrizmal genişlemeye bağlı semptomların düzeltilmesi ve disseke segmentte rüptür ouşumunun önlenmesine yönliktir .Etkilenen segmentin çapı 6cm yada üzerinde ise CERRAHİ yapılmalıdır. Marfan sendromunda bu sınır 5cm’dir.

**Endovasküler Tedavi**

