

***Klinik Araştırma***

# Acil Serviste Aort Diseksiyonu Tanısı Alan Hastalarda Troponin ve Ck-Mb Değerlerinin Prognoz ve Mortalite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Mehmet TÜRK<sup>1,a</sup>, Cahfer GÜLOĞLU<sup>2</sup>, Mahmut YAMAN<sup>2</sup>, Abdullah ŞEN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Acil Tıp, Diyarbakır, Türkiye

<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

## ÖZ

**Amaç:** Akut aort diseksiyonu (AAD) tanısının konulması hayati bir önem taşımaktadır. Bu tanının konulduğu yer genellikle acil servisler olmaktadır. AAD tanısının erken ve doğru bir şekilde konulması ve tedavisinin hızlı bir şekilde yapılması hastalar açısından büyük önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp kliniğine başvuran ADD tanısı alan hastalarda troponin ve Ck-Mb değerlerinin prognoz ve mortalite üzerine etkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp kliniğinde AAD tanısı konulan 41 hastanın dosyasında yer alan, kişiye özel bilgiler gizli tutularak, mevcut parametrelerin mortalite oranları arasında farklılık olup olmadığı iki oran testi ile incelenmiştir. Bütün parametrelerde anlamlı değer olarak  $p < 0,05$  değeri belirlenmiştir.

**Bulgular:** Hastalardaki en önemli predispozan faktör olarak %46,3 oranında hipertansiyon olduğu, ayrıca hastaların başvuru şikayetlerinin birinci sırada (%47,3) göğüs ağrısı olduğu görüldü.

Sekiz hastada (%19,5) troponin ve Ck-Mb değerlerinin birlikte yüksek seyrettiği belirlendi. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ile hastaların %92,7'sinde tanı konuldu. Çalışmamıza dahil edilen 41 hastanın 21'i (%51,2) DeBakey tip 1, beşi (%12,2) DeBakey tip 2 ve 15'i (%36,6) DeBakey tip 3 AAD olarak gruplandı. Toplam 14 (%34,1) hastanın ex olduğu saptandı.

**Sonuç:** AAD'de klinik sonlanımı tahmin etmek için kullandığımız Ck-Mb ve troponin değeri spesifik olmayan değişiklik içerse de, teşhis için yeterli değildir. Mortaliteyi etkileyip etkilemediğini görmek için daha çok vaka üzerinde çalışıp araştırmalar yapılmalıdır. Önemli bir mortalite sebebi olan ADD'nin daha çok vaka üzerinde retrospektif değerlendirilmesi ile ülkemizdeki prognozunun tespiti ve tedavisi için çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Akut Aort Diseksiyonu, Hipertansiyon, Ck-Mb, Troponin, Mortalite.

## ABSTRACT

**Evaluation of the Effect of Troponin and Ck-Mb on Prognosis and Mortality in Patients with Aortic Dissection in the Emergency Department**

**Objective:** The diagnosis of acute aortic dissection (AAD) is of vital importance. The place where this diagnosis is made is usually the emergency services. Early and accurate diagnosis of AAD and rapid treatment are of great importance for patients.

The purpose of this study is to evaluate the effects of troponin and Ck-Mb values on prognosis and mortality in patients diagnosed with ADD who applied to the Emergency Medicine Clinic of Dicle University Faculty of Medicine.

**Material and Method:** In the Emergency Medicine Clinic of Dicle University Faculty of Medicine, the personal information in the files of 41 patients diagnosed with AAD was kept confidential, and it was examined, whether there was a difference between the mortality rates of the existing parameters by using two ratio tests. A  $p < 0,05$  value was determined as a significant value in all parameters.

**Results:** Hypertension was the most important predisposing factor in 46.3% of the patients, and chest pain was the first (47.3%) complaint of the patients.

Troponin and Ck-Mb values were found to be high together in eight patients (19.5%). Contrast-enhanced computed tomography (CT) was diagnosed in 92.7% of the patients. Of the 41 patients included in our study, 21 (51.2%) were grouped as DeBakey type 1, five (12.2%) as DeBakey type 2, and 15 (36.6%) as DeBakey type 3 AAD. A total of 14 (34.1%) patients were found to be death.

**Conclusion:** Although Ck-Mb and troponin values that we use to predict clinical outcome in AAD include nonspecific changes, they are not sufficient for diagnosis. More cases should be studied to make a conclusion on its effect on mortality. Retrospective evaluation of ADD, which is an important cause of mortality, on more cases, and studies to determine its prognosis and treatment in our country are needed.

**Keywords:** Acute Aortic Dissection, Hypertension, Ck-Mb, Troponin, Mortality.

**Bu makale atıfta nasıl kullanılır:** Türk M, Güloğlu C, Yaman M, Şen A. Acil Serviste Aort Diseksiyonu Tanısı Alan Hastalarda Troponin ve Ck-Mb Değerlerinin Prognoz ve Mortalite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2024; 29(4): 215-219.

**How to cite this article:** Turk M, Guloglu C, Yaman M, Sen A. Evaluation of the Effect of Troponin and Ck-Mb on Prognosis and Mortality in Patients with Aortic Dissection in the Emergency Department. Fırat Med J 2024; 29(4): 215-219.

**ORCID IDs:** M.T. 0000-0002-1116-8381, C.G. 0000-0003-1100-3613, M.Y. 0000-0002-0783-1419, A.Ş. 0000-0001-6705-4079.

Akut aort diseksiyonları (AAD) acil serviste mortaliteyi etkileyen durumlar içerisinde en ciddi olan kalp ve

damar cerrahisi tablosudur. Tam olarak bilinmese de AAD'lerinin batı ülkelerinde ve özellikle Amerika

<sup>a</sup>Yazışma Adresi: Mehmet TÜRK, Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

Tel: 0531 828 4716

Geliş Tarihi/Received: 14.03.2023

e-mail: mehmettrk152@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 18.09.2023

kıtasında 5-10/1.000.000 sıklıkta görüldüğü tahmin edilmektedir (1).

Tanı almaması ya da sadece tıbbi tedavi uygulanması halinde mortalite oranı yüksektir. İlk 48 saatte mortalitenin birim saat başına %1-3 oranında arttığı bildirilmektedir (2). AAD'de en önemli predispozan faktör hipertansiyondur. Aort damarı boyunca duvarlarda hasara ve haliyle diseksiyona neden olabilecek pek çok etken vardır (3, 4).

Aort diseksiyonunda, prognozunun kötü olması nedeniyle tanının erken dönemde konulması önemlidir. Hastalar acil servise genellikle ani başlayan, şiddetli, yırtar tarzda göğüs ağrısı ile başvururlar. Fakat çok geniş bir semptom yelpazesi vardır. Diseksiyon tanısını koymada bilgisayarlı tomografi, ekokardiografi, manyetik rezonans gibi teşhis yöntemlerine rağmen, aort diseksiyonunun şüphelenmek hala tanının temelini oluşturmaktadır.

AAD'de kardiyak enzimlerindeki yükselmenin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Genel olarak artan koroner iş yüküne bağlı olduğu düşünülmeyle birlikte yapılan çalışmalar, A tipi aort diseksiyonu ile beraber yüksek troponin miyokardiyal hasarın göstergesi olduğunu göstermiştir. Tablonun akut ve ciddi olmasından dolayı kısa süre içinde tanı alması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (5).

Çalışmamızın amacı; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp kliniğine başvuran aort diseksiyonu tanısı alan hastalarda troponin ve Ck-Mb değerlerinin prognoz ve mortalite üzerine etkisini retrospektif değerlendirmek ve literatür eşliğinde tartışmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp kliniğinde AAD tanısı konulan 41 hastanın dosyalarındaki cinsiyet, yaş grubu, eşlik eden hastalık, şikayet, kardiyak enzim değerleri ve uygulanan tedaviye göre mortalite oranları arasında farklılık olup olmadığı bilgileri özel bir form hazırlanarak incelenmiştir. Bu çalışmaya dahil edilme kriteri 18 yaş ve üzeri ile AAD tanısı almış olmaktadır.

Çalışmamıza başlamadan önce etik kuruldan izin alınmıştır (Karar no:247, Tarih: 14.11.2019). Hastane dosya arşivinden hastalara ait dosya bilgilerine ulaşıp kişiye özel bilgiler gizli tutularak hasta bilgi formları doldurulmuştur.

İstatistiksel analiz için SPSS programı kullanıldı. Değişkenlere Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak normallik testi yapıldı. Normal olan veriler ortalama değer±standart sapma şeklinde, normal olmayan kategorik veriler n(%) olarak ifade edildi. Sürekli olan değişkenleri analiz etmek için Student-t testi kullanıldı. Kategorik değişkenler Ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. Normal olmayan değişkenlerde ise Kruskal-Wallis varyans analizi ile test edildi. Bütün parametrelerde anlamlı değer olarak p <0,05 değeri belirlenmiştir.

Cinsiyet, yaş, başvuru zamanı, eşlik eden hastalıklar, şikayet, başvuru anındaki tansiyon değerleri, kardiyak belirteçler, tanı yöntemi, DeBakey tipi ve uygulanan tedavilerin mortalite oranları arasında farklılık olup olmadığı iki oran testi ile incelenmiştir. Yaş farkının analizi için hastalar 65 yaş ve üzeri, 64-46 yaş arası ile 45 yaş ve altı olmak üzere üç farklı gruba ayrılmıştır. Diğer bütün testlerde anlamlı değer olarak p<0,05 değeri belirlenmiştir. Tansiyon arteryel sınırları 140/90 mmHg ve üzeri hipertansif, 90/60 mmHg ve altı ise hipotansif olarak kabul edilmiştir. Kardiyak belirteçler olarak Ck-Mb değerinin referans aralığı 0,6-6,3 ng/mL ve troponin değerinin referans aralığı 0-19,8 ng/L olarak alınmıştır.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 52,15±17,82 yıl olup, hastalar 45 yaş ve altı, 46-64 yaş arası ve 65 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Yaş gruplarına göre AAD'li hasta sayısı.

| Yaş aralığı | n  | %     |
|-------------|----|-------|
| 45 ve altı  | 14 | 34,15 |
| 46-64       | 16 | 39,02 |
| 65 ve üstü  | 11 | 26,83 |

Hastaların 28'i (%68,3) erkek, 13'ü (%31,7) kadındı. Erkek/kadın oranı 2,1/1 olarak belirlendi (Tablo 2, 3,4).

**Tablo 2.** Cinsiyete göre AAD olgularının dağılımı.

| Cinsiyet | n  | %    |
|----------|----|------|
| Erkek    | 28 | 68,3 |
| Kadın    | 13 | 31,7 |

**Tablo 3.** AAD'li hastaların özgeçmiş bilgileri.

| Eşlik eden hastalık | n  | %    |
|---------------------|----|------|
| Yok                 | 9  | 22,0 |
| HT                  | 16 | 39,0 |
| KAH                 | 3  | 7,3  |
| KAGB                | 2  | 4,9  |
| SVH                 | 1  | 2,4  |
| PAH                 | 3  | 7,3  |
| Travma              | 4  | 9,8  |
| HT ve KAGB          | 2  | 4,9  |
| HT ve PAH           | 1  | 2,4  |

**Tablo 4.** AAD'li hastaların başvuru şikayetleri.

| Şikayet                                 | n  | %     |
|---|----|-------|
| Göğüs ağrısı                            | 13 | 31,72 |
| Sırt ağrısı                             | 6  | 14,63 |
| Karın ağrısı                            | 6  | 14,63 |
| Nörolojik değişiklikler                 | 6  | 14,63 |
| Göğüs ve Sırt ağrısı                    | 7  | 17,08 |
| Göğüs ve Karın ağrısı                   | 2  | 4,88  |
| Göğüs ağrısı ve Nörolojik değişiklikler | 1  | 2,43  |

Kardiyak enzimlerden her iki belirteç 24 (%58,5) hastada normal, dokuz (%22,0) hastada sadece troponin yüksek ve sekiz (%19,5) hastada ise her iki belirtecin de yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

**Tablo 5.** Kardiyak enzim değişiklikleri.

| Kardiyak enzim değeri | n  | %    |
|-----------------------|----|------|
| Her iki enzim normal  | 24 | 58,5 |
| İzole Ck-Mb yüksek    | 0  | 0    |
| İzole Troponin yüksek | 9  | 22,0 |
| Her iki enzim yüksek  | 8  | 19,5 |

Çalışmamıza alınan hastalarda DeBakey sınıflamasına göre en sık tip 1 AAD'nin görüldüğü tespit edildi (Tablo 6).

**Tablo 6.** Hastaların DeBakey sınıflamasına göre dağılımı.

| DeBakey sınıflaması | n  | %    |
|---------------------|----|------|
| Tip 1               | 21 | 51,2 |
| Tip 2               | 5  | 12,2 |
| Tip 3               | 15 | 36,6 |

Hastalara tedavi yöntemlerinden daha çok cerrahi uygulama (%68,3) seçilmiştir (Tablo 7).

**Tablo 7.** Uygulanan tedavi yöntemi.

| Uygulanan tedavi | n  | %    |
|------------------|----|------|
| Cerrahi          | 28 | 68,3 |
| Medikal          | 13 | 31,7 |

Hastalarımızın 29'si (%70,7) şifa ile taburcu olmuş, 12'si (%29,3) de vefat etmiştir (Tablo 8).

**Tablo 10.** Yaş gruplarıyla mortalite oranlarının karşılaştırılması.

|              | Yaş aralığı |       |            | Total | Yaş Minimum | Taburcu       | Vefat | p     |
|--------------|-------------|-------|------------|-------|-------------|---------------|-------|-------|
|              | 45 ve altı  | 46-64 | 65 ve üstü |       |             |               |       |       |
| Sonlanım     | Taburcu     | 11    | 7          | 9     | 27          | 19            | 19    | 0,901 |
|              | Vefat       | 3     | 9          | 2     | 14          | 79            | 72    |       |
|              |             |       |            |       |             | 60            | 53    |       |
| <b>Total</b> |             | 14    | 16         | 11    | 41          | <b>Median</b> | 55    | 57,50 |

Özgeçmişinde hipertansiyon (HT) öyküsü olan hastalardan beşinin ex olduğu görüldü. Eşlik eden hastalık-

**Tablo 8.** Hastaların sonlanımı.

| Sonlanım | n  | %    |
|----------|----|------|
| Taburcu  | 29 | 70,7 |
| Vefat    | 12 | 29,3 |

Erkeklerin mortalite oranı %35,7 iken kadınlarda bu oran %30,7 olup mortalite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Cinsiyete göre mortalite oranları.

|              |         | Cinsiyet |       | Total | p     |
|--------------|---------|----------|-------|-------|-------|
|              |         | Erkek    | Kadın |       |       |
| Sonlanım     | Taburcu | 18       | 9     | 27    | 0,756 |
|              | Vefat   | 10       | 4     | 14    |       |
| <b>Total</b> |         | 28       | 13    | 41    |       |

Hastaların üç yaş grubuna ayrılmasıyla yapılan mortalite oranlarının karşılaştırılmasında (Tablo 10) yaş gruplarının mortalite üzerinde anlamlı bir farka neden olmadığı tespit edildi ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 11.** Eşlik eden hastalıkların mortalite üzerine etkisi.

|              |         | Eşlik eden hastalık |    |     |      |     |     |        |            | Total | p  |           |
|--------------|---------|---------------------|----|-----|------|-----|-----|--------|------------|-------|----|-----------|
|              |         | Yok                 | HT | KAH | KAGB | SVH | PAH | Travma | HT ve KAGB |       |    | HT ve PAH |
| Sonlanım     | Taburcu | 3                   | 12 | 2   | 1    | 1   | 2   | 4      | 1          | 1     | 27 | 0,397     |
|              | Vefat   | 6                   | 4  | 1   | 1    | 0   | 1   | 0      | 1          | 0     | 14 |           |
| <b>Total</b> |         | 9                   | 16 | 3   | 2    | 1   | 3   | 4      | 2          | 1     | 41 |           |

Kardiyak enzim değerlerinin mortalite üzerinde anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12.** Kardiyak enzim değerlerinde mortalite üzerinde etkisi.

|              |         | Kardiyak enzim değerleri |                        |                           |                              | Total | p     |
|--------------|---------|--------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------------|-------|-------|
|              |         | Ck-Mb Troponin normal    | İzole Ck-Mb yüksekliği | İzole Troponin yüksekliği | Ck-Mb ve Troponin yüksekliği |       |       |
| Sonlanım     | Taburcu | 17                       | 0                      | 7                         | 3                            | 27    | 0,158 |
|              | Vefat   | 7                        | 0                      | 2                         | 5                            | 14    |       |
| <b>Total</b> |         | 24                       | 0                      | 9                         | 8                            | 41    |       |

DeBakey sınıflaması ile mortalite oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 13).

ların mortalite oranına anlamlı farklılık katmadığı tespit edildi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 13.** Debakey sınıflaması ile mortalite oranları arasındaki ilişki.

|          |         | Debakey sınıflaması |       |       |       | p     |
|----------|---------|---------------------|-------|-------|-------|-------|
|          |         | Tip 1               | Tip 2 | Tip 3 | Total |       |
| Sonlanım | Taburcu | 11                  | 3     | 13    | 27    | 0,097 |
|          | Vefat   | 10                  | 2     | 2     | 14    |       |
| Total    |         | 21                  | 5     | 15    | 41    |       |

Uygulanan tedavi şeklinin mortalite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edildi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14.** Uygulanan tedavi şeklinin mortalite üzerine etkisi.

|          |         | Uygulanan tedavi |         |       | p     |
|----------|---------|------------------|---------|-------|-------|
|          |         | Cerrahi          | Medikal | Total |       |
| Sonlanım | Taburcu | 16               | 11      | 27    | 0,084 |
|          | Vefat   | 12               | 2       | 14    |       |
| Total    |         | 28               | 13      | 41    |       |

## TARTIŞMA

AAD, erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre çok daha fazla görülür. Uluslararası Akut Aort Diseksiyonu Kayıt Sistemi (IRAD) verilerine göre hastaların %65'i erkek iken (6) Mayo klinikte yapılan 375 hastadan oluşan bir çalışmada ise hastaların %65,4'ü erkek olarak saptanmıştır (7). Çalışmamızda bu oranın 2,1/1 olduğu bulunmuştur. Bu değer literatürde 2,5/1 erkek/kadın oranı ile tutarlıdır (2).

Literatürlerde, AAD'nin sıklıkla 40-70 yaşlarında görüldüğü yazılmaktadır (2). Çalışmamızda yaş ortalaması  $52,15 \pm 17,82$  idi. En sık diseksiyonu olan yaş grubunun 46-64 yıl (%50,9) olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki yaş değerleri literatür ile uyumludur.

Hipertansiyon, aort duvarının işlevinde ve yapısında ciddi bozukluklara yol açar. Hipertansiyon, 40 yaşın üzerindeki AAD için en önemli predispozan faktördür. Birçok çalışmada, AAD'nin malign hipertansiyonu olan kişilerde daha yaygın olduğu bulunmuştur (2). Aort diseksiyonu etiolojisinde çeşitli etkenler rol oynayabilmekle birlikte HT bu hastalarda sıklıkla saptanmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte aortun elastik yapısının bozulması, biküspit aort kapak varlığı, doku hastalığı ve çeşitli uyarıcı ilaçların kullanılması aort diseksiyonlarının başlıca nedenleri olarak sayılabilir. Antonio Lio ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada HT saptanma oranı %81 olarak bulunmuştur (8). Mayo klinikte yapılan bir çalışmaya göre DM, sigara içme ve HT oranları sırasıyla; %10, %54, %79 olarak bulunmuştur (7). Hagan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (9) hastaların %72,1'inde HT görülmüştür. Çalışmamıza alınan hastaların özgeçmişlerini değerlendirirken, öne çıkan en önemli durumun 19 (%46,3) hastada komorbidite yaratan hipertansiyon olduğu görüldü.

AAD dinamik bir süreç olup aortanın herhangi bir yerinde görülebildiği ve klinik semptomunun diseksiyon lokalizasyonuna bağlı olarak çok geniş olabileceği bildirilmiştir. Uluslararası yapılan bir çalışmada AAD'de en sık başvuru şikayeti ağrı (>%90) olarak bildirilmekle birlikte sıklık sırası göğüs ağrısı (%67),

sırt ağrısı (%50) ve karın ağrısı (%25) şeklinde tanımlanmıştır(10). Türkiye'de yapılan bir çalışmada AAD'li hastaların %90'ından fazlasının akut göğüs ağrısı yaşadığı bildirilmektedir (11). Çalışmamızda da göğüs ağrısı en sık şikayet sebebi olarak görüldü.

Hagan ve Braverman'ın çalışmalarında, proksimal AAD'lerde akut koroner sendrom sıklığının %1-7 aralığında değiştiği bildirilmektedir (9, 10). Hastalarımızın kardiyak enzim değerleri 24 (%58,5) hastada normal olup izole Ck-Mb yüksekliği izlenmedi. Dokuz (%22) hastada izole Troponin yüksekliği, sekiz (%19,5) hastada hem Ck-Mb hem de Troponin yüksek tespit edildi. Bu oranlar literatür değerlerinde %1-7 iken bizim çalışmamızda daha fazla olduğu görüldü (9, 10).

Asendan aort diseksiyonlarının, desenden aort diseksiyonlarına göre neredeyse iki kat daha fazla görüldüğü ve asendan aort diseksiyonlarında arkus aorta tutulumunun %30 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Açıklan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (12) hastaların %45,4'ünde DeBakey tip 1, %36'sında DeBakey tip 3, %18,2'sinde DeBakey tip 2 diseksiyon, Sarıtaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastaların %41,7'sinde DeBakey tip 1, %33,3'ünde DeBakey tip 3, %25'inde DeBakey tip 2 diseksiyon saptanmıştır (13). Çalışmamıza katılan hastalar DeBakey sınıflandırmasına göre üç ana gruba ayrıldı. Buna göre, 41 hastanın 21'i (%51,2) DeBakey tip 1, beşi (%12,2) DeBakey tip 2 ve 15'i (%36,6) DeBakey tip 3 AAD olarak tespit edildi. Literatürde, DeBakey tip 1 ve tip 2 diseksiyonlarının tüm diseksiyonlara oranının kabaca 2/3 olduğu ve tip 3 diseksiyonlarının 1/3 olduğu bildirilmektedir (9). Çalışma sonuçlarımızın literatür ile tutarlı olduğu görüldü.

Hastalarımızın 28'i (%68,3) cerrahi tedavi aldı, 13'ü (%31,7) tıbbi tedavi ve gözlem aldı. Cerrahi uygulanan hasta grubunun 12'si postop eksitus olarak tespit edildi. Diğer 16 hasta iyileşme ile taburcu edildi. Braverman tarafından yapılan bir çalışmada, cerrahi mortalitenin ilk 14 gün içinde proksimal AAD için %25 ve distal diseksiyonlar için %25-50 olduğu bildirilmiştir (14). Çalışmamızda cerrahi mortalitenin literatüre benzer olduğu görüldü. İlaç tedavisi gören 13 (%21) hastanın ikisi (%15,4) tedavi sırasında vefat etti. Hagan ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışmada, tıbbi tedavi gören hastalarda mortalite %10 olarak bulundu (9).

Çalışmaya dahil edilen hastaların mortalitesini etkileyebileceği düşünülen demografik özellikler istatistiksel testlerle değerlendirildi. Bu değişkenlerinin mortalite oranlarında anlamlı bir fark olmadığı bulundu.

AAD'li 41 hastanın demografik özellikleri, tanı aşamalarını, tedavi sonrası sonuçlarını objektif bir gözle değerlendirildiğimiz bu çalışmamızda hasta sayısının azlığı oluşu çalışma eksenimizi olumsuz kısıtlamıştır. AAD hayati bir klinik olduğundan hızlı tanı ve tedavi gerekmektedir. Tanı konmadaki güçlükler günümüzde görüntüleme yöntemleri gelişmiş olsa da devam etmektedir. Bu nedendir ki, AAD'li hastaların tanı ve tedavisini hızlı yapabilmek ve şifa kazandırmak için araştırmacılar çalışmalarını artırmaya devam edecektir.

Sonuç olarak, AAD'de klinik sonlanımı tahmin etmede Ck-Mb ve troponin değerleri spesifik olmayan değişiklik içerse de, teşhis için yeterli değildir. Mortaliteyi

etkileyip etkilemediğini görmek için daha çok vaka üzerinde çalışıp araştırmalar yapılmalıdır.

#### **Çıkar Çatışması**

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Rahbeck-Sorensen HR, Olsen H. Ruptured and dissecting aneurysms of the aorta. *Acta Chir Scand* 1964; 128: 644-52.
2. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patients surgically. *Surgery* 1982; 92: 1118-26.
3. Svensson LG, Crawford ES, Coselli JS. Impact of cardiovascular operation on survival in the Marfan patient. *Circulation* 1989; 80: 1233-51.
4. Roberts WC. Aortic dissection: anatomy, consequences and causes. *American Heart J* 1981; 101: 195-9.
5. Büket S, Atay Y, Çalkavur T, Sarıbülbül O, Alayunt A. Aort Diseksiyonları. Büket S, Yağdı T. Editör, Aort Cerrahisi. 1. Baskı İstanbul Yüce 2003; 133-98.
6. Di Eusanio M, Trimarchi S, Patel HJ et al. Clinical presentation, management, and short-term outcome of patients with type A acute dissection complicated by mesenteric malperfusion: observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 145: 385-90.
7. Cabasa A, Pochettino A. Surgical management and outcomes of type A dissection-the Mayo Clinic experience. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5: 296-309.
8. Antonio L, Francesca N, Emanuele B et al. Total Archversus Hemiarch Replacement for Type A Acute Aortic Dissection: A Single-Center Experience. *Tex Heart Inst J* 2016; 43: 488-95
9. Hagan PG, Nienaber CA, İsselbacher EM. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights from an old disease. *JAMA* 2000; 283: 897-03.
10. Braverman AC, Thompson R, Sanchez L. Disease of the aorta. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease, 9th Edition. Elsevier Philadelphia 2011; 457: 5.
11. Yeşilaras M, Sönmez N, Karcıoğlu Ö. Acil Serviste Aort Diseksiyonu Tanısı Almış Olan Hastaların Klinik Özelliklerinin Tanımlanması: Olgu Serisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006; 6: 1-6.
12. Açıkalın A, Satar S, Akpınar O et al. Aort diseksiyonu: Bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastalarda iki yıllık klinik deneyim. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5: 32-5.
13. Sarıtaş A, Güneş H, Kandış H et al. A Retrospective Analysis of Patients Admitted to our Clinic with Aortic Dissection. *JAEM* 2011; 10: 152-5.
14. Braverman AC. Aortic Dissection: Prompt diagnosis and emergency treatment are critical. *Cleveland Clin J Med* 2011; 78: 685-96.