AKUT AORTİK SENDROMLAR
Aort Anevrizması ve Diseksiyonu

Tıp Fakültesi 3. Sınıf • 13 Kasım 2026

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Burak İşleyen
Kardiyoloji



Ani ağrı → düşün • BT → görüntüle • Stanford → sınıflandır

Aort neden önemlidir?

BÜYÜK RESİM

Aort, yüksek basınç altında çalışan dinamik bir organdır.

Duvar bütünlüğü bozulduğunda dakikalar klinik sonucu değiştirebilir.

Aort anatomisi

ANATOMİ

Ascending aorta

Kalpten çıkan ilk segment

Arkus

Baş-boyun damarlarının çıktığı bölüm

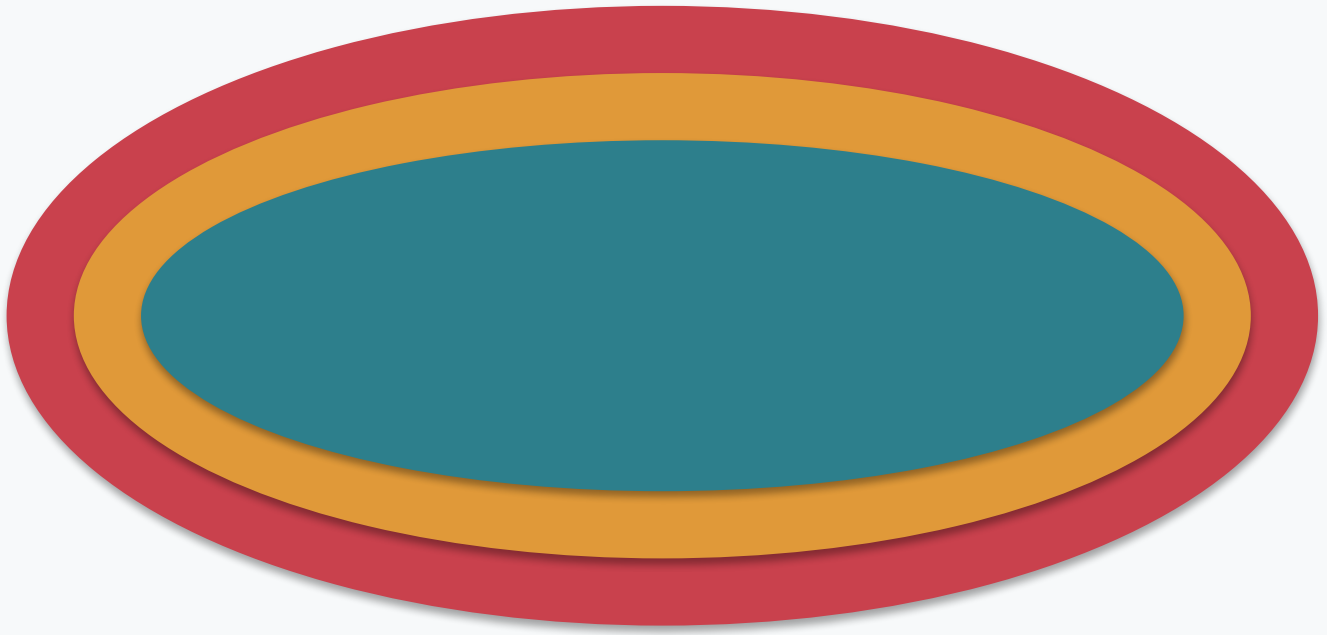
Desendan aorta

Toraks → abdomen boyunca devam eder

Yerleşim, hastalığın klinik etkisini ve tedavi stratejisini değiştirir.

Aort duvarı

ANATOMİ



İntima

Media

Adventisya

Diseksiyonun temel olayı, kanın aort duvarı katmanları arasına ilerlemesidir.

Aort anevrizması nedir?

TEMEL KAVRAM

↑ **çap**

Kalıcı aort genişlemesi

↑ **gerilim**

Duvar stresi artar

Risk

Rüptür / diseksiyon

Anevrizma çoğu zaman sessizdir; risk yalnızca çapla değil, büyüme hızı ve altta yatan hastalıkla da ilişkilidir.

Neden gelişir?

RİSK

Hipertansiyon

Aort duvar stresini artırır

Yaş / dejenerasyon

Elastik özellikler azalır

Genetik aortopati

Marfan, Loeys–Dietz vb.

Biküspit aort kapağı

Aortopati eşlik edebilir

Torasik ve abdominal aynı hastalık değildir

YERLEŞİM

Torasik aorta

Genetik aortopatiler ve kapak ilişkili hastalıklar daha belirgin olabilir.

Abdominal aorta

Yaş, sigara ve aterosklerotik risk profili daha baskındır.

Anevrizma uzun süre sessiz olabilir

KLİNİK

Semptom yokluğu = düşük risk değildir.

Rüptür veya diseksiyon ilk klinik bulgu olabilir.

Akut aortik sendrom nedir?

ACİL SPEKTRUM

Diseksiyon

İntimal yırtık + duvar içinde kan

İntramural hematom

Belirgin intimal yırtık olmadan duvar içi kanama

Penetran aortik ülser

Aterosklerotik plağın media içine ilerlemesi

Üçü de yaşamı tehdit eden aynı patofizyolojik spektrumun parçalarıdır.

Kaynak: 2024 ESC Peripheral Arterial & Aortic Diseases Guideline

Diseksiyon nasıl başlar?

PATOFİZYOLOJİ

1 — **İntimal yırtık**

2 — **Kan media içine girer**

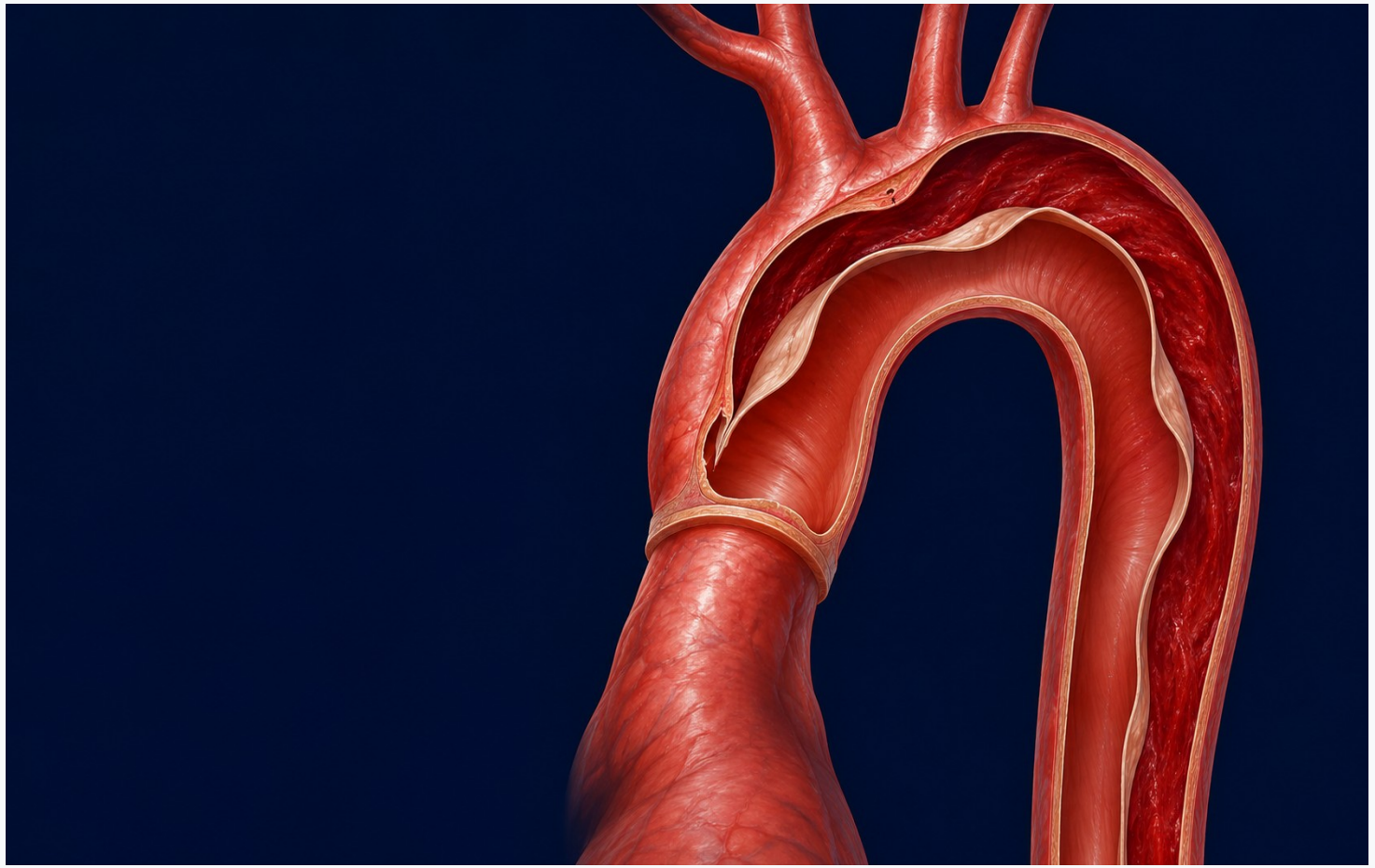
3 — **Diseksiyon ilerler**

4 — **Malperfüzyon / rüptür**

Gerçek ve yalancı lümen oluşması organ perfüzyonunu bozabilir.

Gerçek lümen – yalancı lümen

GÖRSEL



Gerçek lümen

Normal kan akımının devam ettiği kanal.

Yalancı lümen

Kan duvar katmanları arasında yeni bir kanal oluşturur.

Stanford sınıflaması

★ BİLMEK ZORUNDASIN

A

TYPE A

Ascending aorta tutulur.
Kaynak yırtığın nerede olduğu önemli değildir.

B

TYPE B

Ascending aorta tutulmaz.
Diseksiyon arkus distalinden başlayabilir.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

Sınıflama neden önemli?

TEDAVİYİ DEĞİŞTİRİR

A

Type A

Acil cerrahi değerlendirme.

B

Type B

Komplikasyon yoksa anti-impulse tedavi + yakın izlem; komplikasyon varsa endovasküler yaklaşım ön planda.

Klasik hasta nasıl gelir?

KLİNİK

Ani başlayan, çok şiddetli göğüs veya sırt ağrısı.

Hipertansiyon öyküsü sık eşlik eder; ancak ağrısız olgular da olabilir.

Kırmızı bayraklar

KLİNİK

Nabız / BP farkı

Ekstremiteler arasında fark

Nörolojik bulgu

Senkop, defisit, inme

Yeni AR üfürümü

Proksimal aort tutulumu

Şok / tamponad

Yüksek riskli komplikasyon

Tehlikeli taklitçi

⚠ DİKKAT

Akut koroner sendrom

Diseksiyon koroner ostiumu etkileyip iskemi/ST değişikliği yapabilir.

Aort diseksiyonu

Aort olasılığı düşünülmeden antitrombotik tedavi başlanması ciddi zarar verebilir.

Acil servis vakası

? SEN KARAR VER

62 yaş • hipertansiyon

Bir anda başlayan “hayatımın en şiddetli” sırt ağrısı. Sağ kolda nabız daha zayıf.

İlk üç olası tanınız?

İlk görüntüleme yaklaşımınız?

Önce stabil mi, değil mi?

TANI STRATEJİSİ

Hemodinamik stabil

ECG-gated BT anjiyografi → boyundan pelvise.

Hemodinamik instabil

Yatak başı TTE / TÖE, yerel deneyim ve erişime göre.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

BT anjiyografi: ana test

GÖRÜNTÜLEME

Hızlı

Acil serviste uygulanabilir

Geniş

Aortun tüm uzanımını gösterir

Karar

Type A/B + malperfüzyon

Aort diseksiyonu şüphesinde ECG-gated BT anjiyografi tercih edilen görüntülemedir.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

Ekokardiyografinin rolü

GÖRÜNTÜLEME

TTE

Perikardiyal efüzyon, aort yetersizliği, proksimal aort ve LV fonksiyonu.

TÖE

Instabil hastada veya BT uygun değilse diseksiyonu hızla gösterebilir.

MR

Tanısal doğruluğu yüksektir; akut instabil hastada daha az pratiktir.

D-dimer ne kadar işimize yarar?

LABORATUVAR

D-dimer tek başına tanı koymaz.

Düşük klinik olasılıkla birlikte düşük değer tanıyı dışlamaya yardım edebilir; yüksek şüphede görüntüleme geciktirilmez.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

İlk hedef: aortu sakinleştir

★ ANTI-IMPULSE

≤60/dk

Kalp hızı hedefi

<120 mmHg

Sistolik BP hedefi

Analjezi

Sempatik yükü azalt

IV beta-blokaj genellikle ilk tercih; vazodilatör gerekiyorsa hız kontrolü sağlandıktan sonra eklenir.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

Type A = cerrahi acil

★ BİLMEK ZORUNDASIN

Ascending aorta tutuluyorsa bekleme.

Akut Type A diseksiyonda acil cerrahi onarım önerilir.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

Type B: komplikasyon var mı?

TEDAVİ

Komplike değil

Anti-impulse tedavi + yoğun izlem + seri görüntüleme.

Komplike

Rüptür, malperfüzyon, dirençli ağrı/HT → uygun anatomide TEVAR ön planda.

Kaynak: 2024 ESC PAAD Guideline

60 saniyelik vaka

? SEN KARAR VER

58 yaş • ani göğüs ağrısı

BT: diseksiyon flebi sol subklavyen arter distalinden başlıyor; ascending aorta tutulmuyor. Renal perfüzyon korunmuş.

Stanford tipi?

İlk tedavi?

Komplikasyon olursa ne değişir?

Bu dersten 5 şey

SON 60 SANİYE

1. **Ani şiddetli ağrı → düşün**
2. **BT anjiyo → tercih edilen test**
3. **Ascending tutulumu → Type A**
4. **Type A → acil cerrahi**
5. **Type B → komplikasyonu ara**

Temel kaynak: 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases