

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 131

131. Acil servise iki saat önce aniden başlayan şiddetli sırt ağrısı şikâyeti ile gelen 35 yaşındaki erkek hastanın kan basıncı sağ koldan 170/70 mmHg, sol koldan 140/50 mmHg olarak ölçülüyor. Nabızı 112/dakika olan hastanın aort odağında 2/6 diyastolik üfürüm duyuluyor.

Bu hastada tanıya yönelik olarak aşağıdakilerden hangisinin öncelikle yapılması en uygundur?

- A) Pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografi
- B) Torakal aorta bilgisayarlı tomografi anjiyografi
- C) Koroner anjiyografi
- D) Üst ekstremité venöz Doppler ultrasonografi
- E) Üst ekstremité arterial Doppler ultrasonografi

Doğru Cevap:B

DERS NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

(Bu referanslar; soru kitabı Tüm Tus Soruları, Kamp notlarımız ya da non spesifik slaytlardan DEĞİL, sadece güncel ders notlarımızdan verilmiştir. Bu notları şubelerimizde kolayca edinin, referansları kontrol edebilirsiniz.)

Klinik Bilimler 131. soru
Tusdata Dahiliye Ders Notu 2. Fasikül Sayfa 215

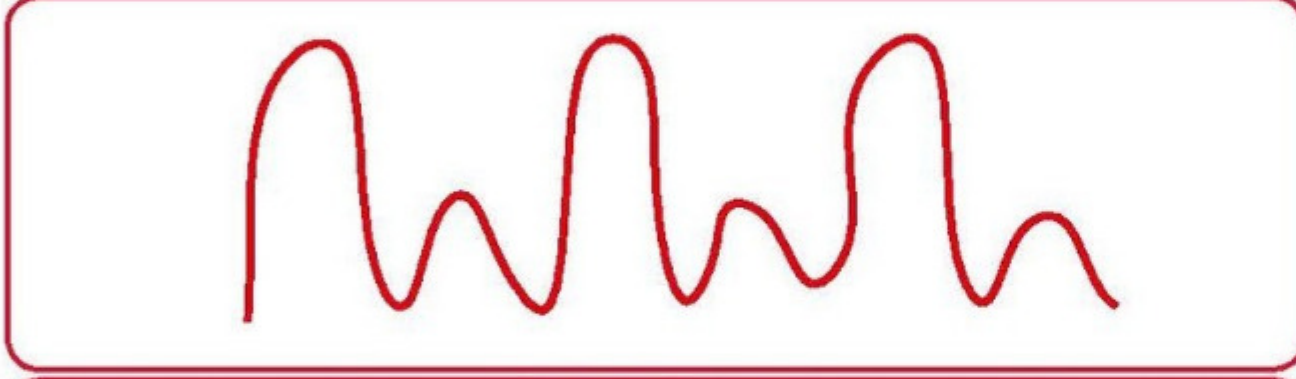
215

Ekstremiteler Arası Nabız Uyumsuzluğu:

- **Aort koarktasyonu:** Tansiyon ve nabız farkı + tipik üfürüm
- **Takayasu hastalığı:** Tansiyon ve nabız farkı + vaskülit bulguları
- **Aort diseksiyonu:** Tansiyon ve nabız farkı + şiddetli göğüs ağrısı ve sırt ağrısı vardır.

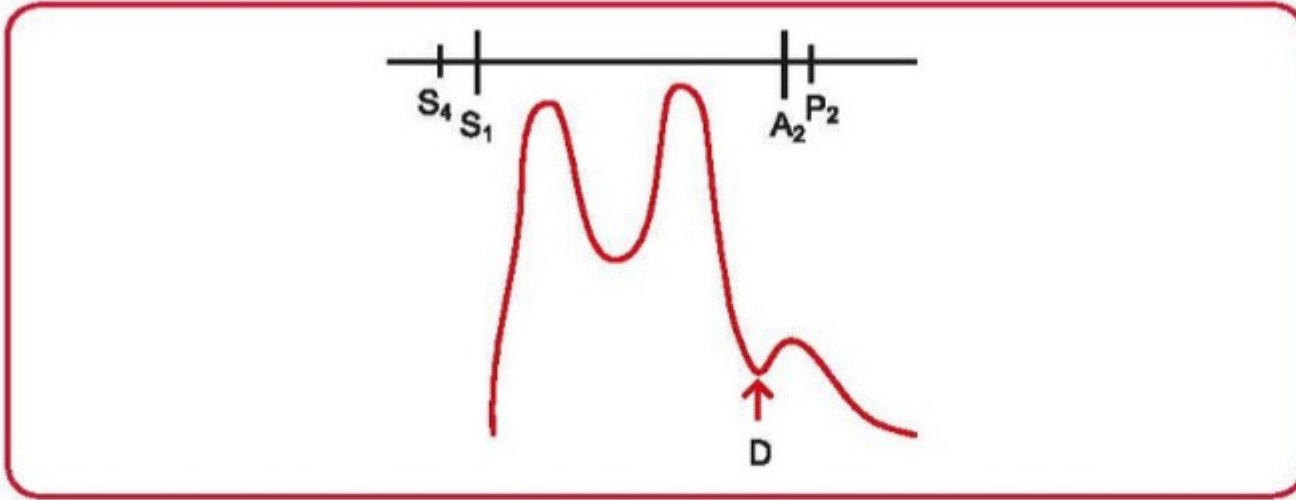
Nabız Tipleri:

- **Pulsus Parvus Et Tardus (Anakrotik Çentik):** Amplitüdü azalmış ve geciken nabız tipidir. Tipik olarak **aort stenozunda** görülür.
- **Pulsus Alternans:** Nabız amplitüdünün atımdan atıma değiştiği nabız tipidir. Genelde ciddi **kalp yetmezliği**nde görülür.



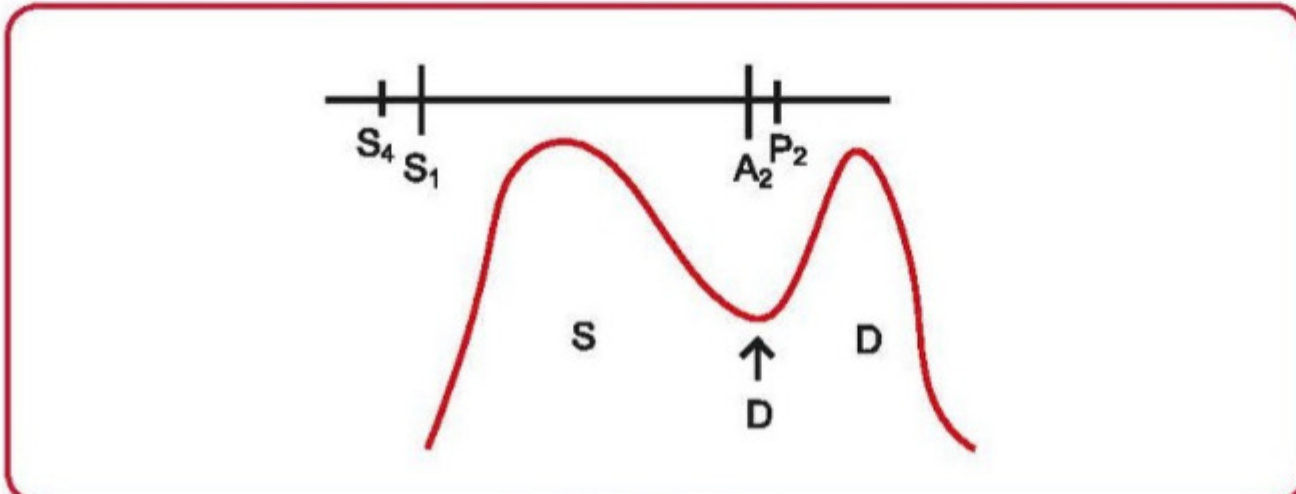
Pulsus alternans

- **Bisferien Nabız (Bifid Nabız):** Sistol sırasında **iki zirve (vuru)** görülen nabız tipidir. Normal kişilerde ateş ya da egzersiz sonrasında olabilir. Ciddi ileri aort yetmezliğinde (hipertansiyon veya ileri yaş) olması durumunda meydana gelir. Ayrıca **hipertrofik kardiyomiopati**de görülebilir.



Pulsus bisferiens

- **Dikrotik Nabız:** Hem sistol hem de diyastolde çift vuru oluşmasıdır. **Dilate kardiyomiopati**, sepsis ve intraaortik balon uygulamasında izlenir.



Dikrotik nabız

- **Pulsus Celer Et Altus:** Ani oluşan, hızlı çıkış ve iniş ile karakterize nabız tipidir. En iyi örnek **kronik aort yetmezliği**dir. **Siğrayıcı nabız** (Corrigan nabız, Water Hammer nabızı) olarak da bilinir. Siğrayıcı nabız, ayrıca geniş nabız basıncı yapan durumlarda da (anemi, ateş, tirotoksikoz, AV fistüller) görülür.

İLGİLİ NOTLAR

klinik olarak net notlarımızda var damarlarda görüntüleme anjiyografi

☑ **Fizik belirtiler**

- **Nabız tipi:** Pulsus parvus et tardus
- **Sistolik ejeksiyon üfürümü:** En iyi aort odağında duyulur. Oturur pozisyonda daha iyi duyulur. Karotislere yayılır. Kreşendo-dekreşendo tarzındadır.
- **S2:** Yumuşak ve paradoksik S2 çiftleşmesi
- **Apeks vurusu:** Uzamıştır ve kuvvetlidir
- S3 ve S4 duyulabilir

☑ **EKG:** Sol ventriküler hipertrofi bulguları vardır.☑ **Tanı:** Kesin tanı **ekokardiyografi** ile konur.☑ **Tedavi:**

- **İlaç tedavisi:** Dijital, diüretikler ve vazodilatörler verilmez.
- **Girişimsel tedavi:** Ciddi aort darlığında (Aort kapak alanı < 1 cm², ortalama basınç gradienti >40 mmHg)
 - a) **Semptomatik** ise ilk tercih cerrahi
 - b) **Aseptomatik** Eğer ejeksiyon fraksiyonu <%50 ise ilk tercih cerrahi
 - c) Hastaya başka nedenle kalp cerrahisi uygulanacaksa semptom ve EF'ye bakılmaksızın cerrahiye alınmalıdır.

Klinik Bilimler 131. soru

Tusdata Dahiliye Ders Notu 2. Fasikül Sayfa 263

AORT YETMEZLİĞİ☑ **Etiyoloji:** Aort yetersizliği etiyolojiye göre 2 gruba ayrılabilir:

- 1) Aort kökü dilatasyonu ile giden durumlar.
- 2) Primer aort kapak tutulumu ile giden hastalıklar. Kapak patolojisine bağlı gelişen aort yetersizliğinde en sık neden **biküspit aortik kapaktır**.

• **Kapak tutulumu ile giden hastalıklar:**

- ✓ Dejeneratif tutulum (Kalsifik aort stenozu olan yaşlı hastaların %75'inde beraberinde aort yetmezliği vardır.)
- ✓ Akut romatizmal ateş: Genelde mitral tutulum ile birlikte.
- ✓ İnfektif endokardit
- ✓ Konjenital biküspit aorta: Biküspit aortanın erişkinlerde en sık komplikasyonu aort stenozudur. İzole aort yetersizliğine de neden olabilir.
- ✓ Miksomatöz dejenerasyon
- ✓ Kollajen vasküler hastalıklar: Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, Takayasu

• **Aort kökü dilatasyonu ile giden durumlar:**

- ✓ **İdiyopatik (en sık)**
- ✓ Dejeneratif aort dilatasyonu (yaşa bağlı)
- ✓ Aortun kistik medial nekrozu (marfan sendromu)
- ✓ Sistemik hipertansiyon
- ✓ Aort diseksiyonu
- ✓ Diğer nedenler (sifilitik aortit, ankilozan spondilit, Behçet hastalığı)

☑ **Klinik:** En sık rastlanan semptomu **çarpıntıdır**. Anjina, senkop, dispneye neden olabilir. Anjina, aort darlığına göre daha nadirdir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde, önce sol sonra sağ kalp yetmezliği meydana gelebilir.☑ **Fizik bulgular:**

- **Sol ventrikül vurusu:** Sola aşağı kaymıştır.
- **Erken diyastolik üfürüm (Erb odağında):** Yüksek frekanslı, patlayıcı tarzdadır. En iyi hasta oturur pozisyonda öne doğru eğilirken duyulur.
- **Austin Flint ururumu:** Aort kapagından geriye kaçan kan relatif mitral stenoza neden olur. Buna bağlı duyulan **düşük frekanslı middiyastolik rulmana** denir.

Klinik

- Hastalarda büyüme gelişme normaldir.
- Ciddi darlıklar:** Yenidoğan döneminde konjestif kalp yetmezliği nedenidir.
- Bilateral alt ekstremitte nabızları zor alınır veya alınamaz.**
- Üst ekstremitenin sistolik kan basıncı alt ekstremiteye göre daha yüksektir (20 mmHg'dan daha fazladır).**
- Suprasternal çentikte thrill duyulur. S2 belirgindir.**
- Sırtta** interskapular alanda iyi lokalize **sistolik ejeksiyon üfürümü** duyulur.

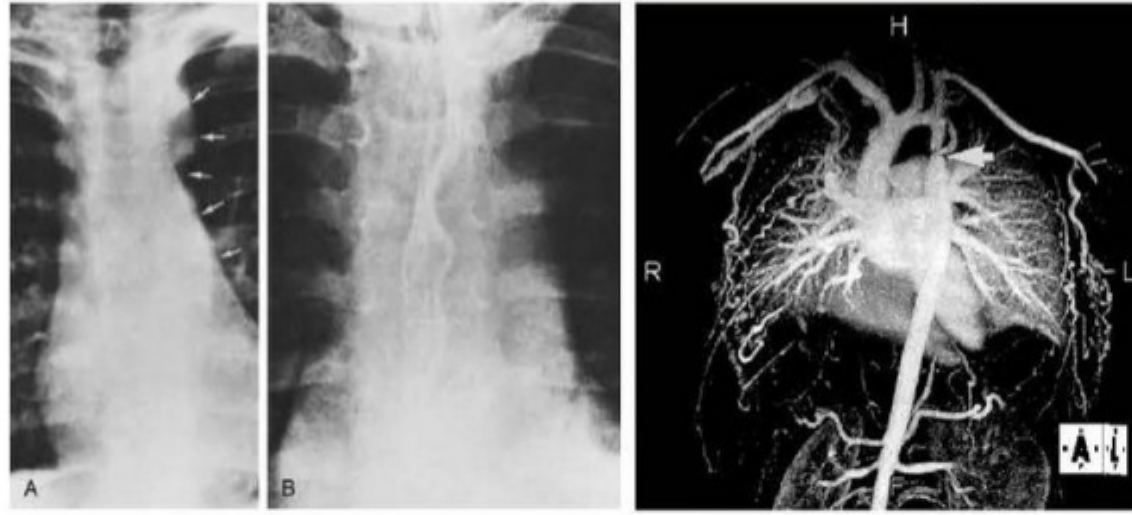
TELE

- Kalp yetersizliği varsa kardiyomegali, pulmoner ödem ve pulmoner venöz konjesyon görülür.
- Büyük çocuklarda:**
 - Asendan aorta dilatasyonu görülür.
 - 4-8. arasındaki **kostalarda çentiklenme** görülebilir.

Baryumlu özefagus grafisinde "E övüntüsü" veya "ters 3 belirtisi"

Tanı

- Ekokardiyografi, MR ve BT anjiyografi** kullanılır.
- En iyi tanı yöntemi kateter anjiyografidir.**



A- Aortik topuz ve poststenotik dilatasyon,
B-baryumlu özefagus, C- kardiyak MRI

Tedavi

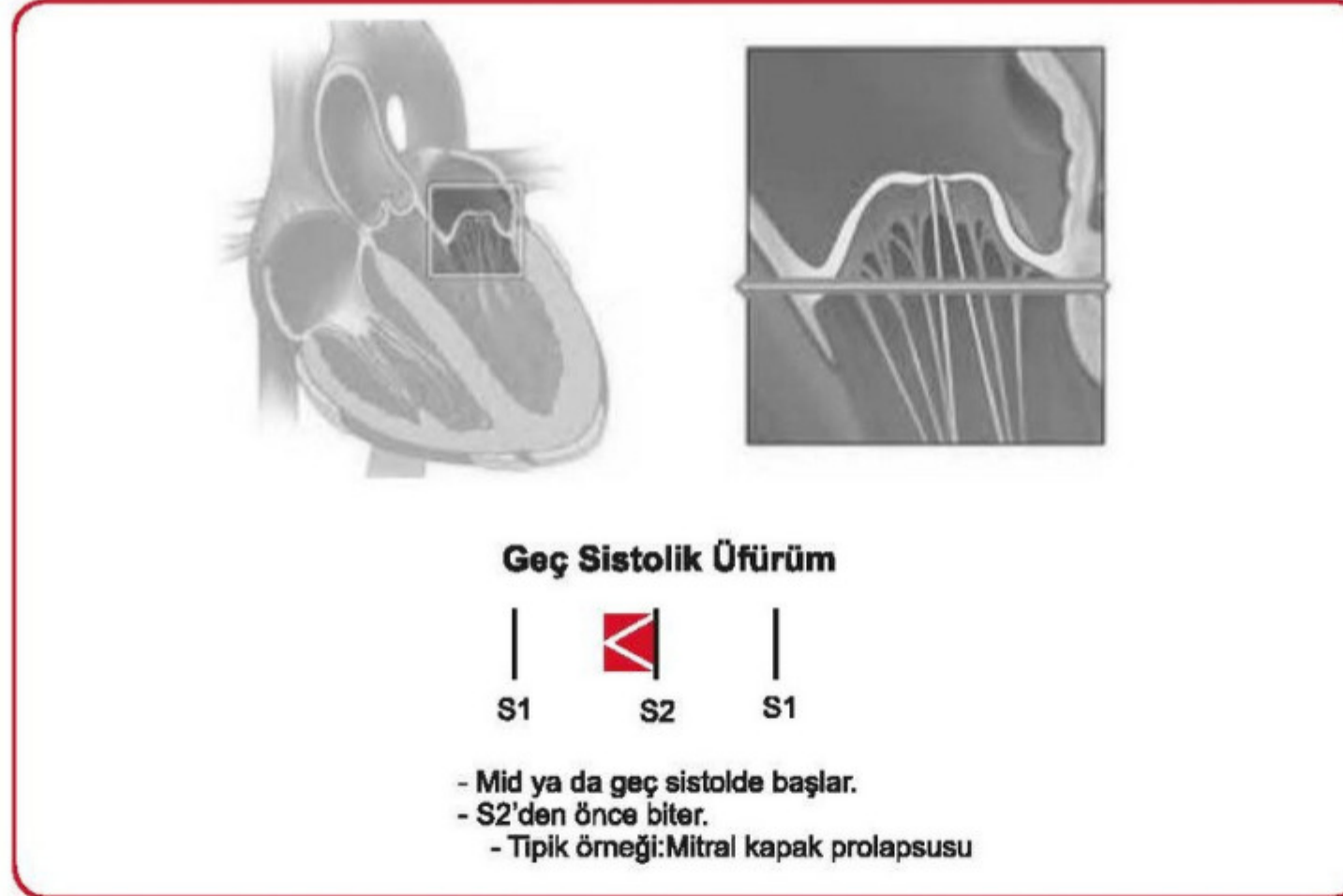
- Yaşamın ilk haftasındaki ağır vakalarda, duktusun açık kalmasını sağlamak için **PGE1 infüzyonu** yapılabilir.
- Kısa etkili inotropik ajanlar (dopamin, dobutamin), diüretikler kullanılabilir.
- Perkütan balon anjioplasti/stent ve cerrahi uygulanabilir.**

Doğal sevir

Komplikasyonlar

- En sık görülen komplikasyon ve infantlarda en sık ölüm nedeni sol kalp yetersizliğidir.**
- Subakut bakteriyel endokardit gelişebilir.
- Asendan aorta dilatasyonu, rüptürü gelişebilir.
- Erişkin yaş döneminde intrakraniyal hemoraji (**Willis poligonunda anevrizma-Berry anevrizması rüptürü**) hipertansif ensefalopati ve hipertansif kardiyovasküler hastalıklar gelişebilir.

Burada koarktasyonda hipertansiyon olacağından (en alta) bahsetmişiz ekstremiteler arası kan basıncı farkı olacağından (en üstte) bahsetmişiz: gerçi üst ve alt ekstremitte demişiz ama bir üst sayfadaki çizim bu farkın tüm ekstremiteler arasında olabileceğini açıkça ortaya koyuyor O yüzden ondan ekstra bahsetmeyeceğim Dilatasyon olacağından bahsetmişiz ki bu sorudaki hastada gelişen diseksiyona öncüdür Ve tanının anjiyografi ile koyulacağından bahsetmişiz Anjiyografi geçen 3 şık var, problemin aortta olduğu soruda bile verildiğine göre cevap nettir Referansımızı yine soruyu net olarak yaptırmaktadır. Yalnız diyastolik üfürümden bahsetmemişiz. O da muhtemlen diseksiyona bağlı yetmezlik üfürümü Aort yetmezliğine diyastolik üfürüm duyulduğunu notumuzun başka bir yerinde anlatıyoruz. Onu da referanslara ekliyorum.



Mitral kapak prolapsusunda duyulan üfürümün özellikleri

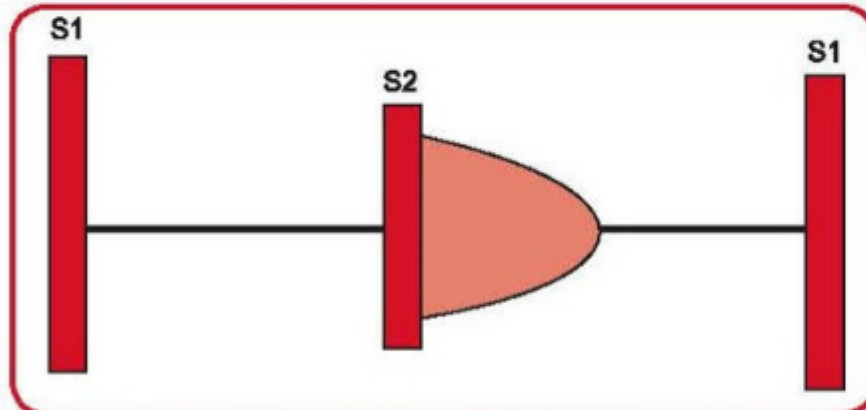
Sistolik üfürümlerin duyulduğu yerler

- **Sol alt sternal kenardaki sistolik regürjitan üfürüm** (mezokardiyak odadaki pansistolik= holosistolik) VSD'nin karakteristiğidir.
- **Apekte** duyulan pansistolik üfürüm ise mitral yetersizliğini düşündürür. MVP, hipertrofik obstrüktif KMP'de apekte duyulur.
- **Sol üst sternal kenarda** duyulanlar: Pulmoner stenoz, ASD, Fallot tetralojisi, aort koarktasyonu, pulmoner hipertansiyonlu PDA, pulmoner venöz dönüş anomali
- **Sağ üst sternal kenarda** duyulanlar: Aort stenozu

Klinik Bilimler 131. soru

Tusdata Pediatri Ders Notu 2. Fasikül
Sayfa 398**Erken Diyastolik Üfürümler**

- Regürjitasyon üfürümüdür. Dekresendo tarzındadır.
- **Aort yetmezliği, pulmoner yetmezlik** üfürümleridir.
- **Pulmoner hipertansiyonda;** pulmoner anüler dilatasyonla beraber (pulmoner kapak ringi genişler) ve **fonksiyonel pulmoner yetersizlik** olur (**Graham-Steell** üfürümü).



Erken diyastolik üfürüm

Erken Diyastolik Üfürüm

- S2 ile başlar
 - Diyastol ortasına doğru sonlanır.
 - Dekresendo karakterdedir.
- S1 S2 S1
- Aort yetmezliği
 - * Pulmoner yetmezliği (Graham-Steel üfürümü)

Erken diyastolik üfürümün özellikleri

Aort yetmezliğinde diyastolik üfürüm duyulduğunu yazmışsınız Sorudaki hastada da diseksiyona bağlı yetmezlik üfürümü duyuluyor