

## OLGU SUNUMU

Serkan Bulur<sup>1</sup>  
Melih Engin Erkan<sup>2</sup>  
Mesut Aydın<sup>1</sup>  
Sabri Onur Çağlar<sup>1</sup>  
Recai Alemdar<sup>1</sup>  
Sübhan Yalçın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Düzce Üniversitesi Kardiyoloji  
Anabilim Dalı, Düzce

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Nükleer Tıp  
Anabilim Dalı, Düzce

### *Yazışma Adresi:*

*Dr. Serkan Bulur*

*Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi*

*Kardiyoloji AD, Konuralp-Düzce*

*Tel: 0 533 386 39 84*

*e-mail: [drserkanbulur@yahoo.com](mailto:drserkanbulur@yahoo.com)*

### **Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878

[konuralptipdergi@duzce.edu.tr](mailto:konuralptipdergi@duzce.edu.tr)

[konuralpgeneltip@gmail.com](mailto:konuralpgeneltip@gmail.com)

[www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr](http://www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr)

## **Akut Koroner Sendromda Eş Zamanlı İki Koroner Damarda Trombüs Görülmesi: Üç Olgu Sunumu**

### **ÖZET**

Birden çok damarda trombüs ile seyreden akut koroner sendrom klinik ve anjiyografik olarak nadir görülmektedir. Fakat genellikle bu tablo etkilenen miyokard dokusunun büyüklüğüne göre hızlı progresyon gösterip ölümcül seyretmektedir. Biz burada hastanemize akut koroner sendrom kliniği ile başvuran ve yapılan koroner anjiyogramda iki damarda trombüs saptanan ve başarılı bir şekilde tedavi edilen 3 akut koroner sendromlu hastayı sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Koroner trombüs, akut koroner sendrom

## **Acute Coronary Syndrome with Thrombus in Two Coronary Vessels at the Same Time: Three Case Reports**

### **SUMMARY**

Acute coronary syndrome with thrombus in more than one vessel is a rare clinical and angiographic situation. But generally this situation may progress to mortality because of the affected myocardial tissue's size. We aimed to present three patients with acute coronary syndrome who have thrombus in two vessels and treated successfully.

**Key Words:** Coronary thrombus, acute coronary syndrome

## GİRİŞ

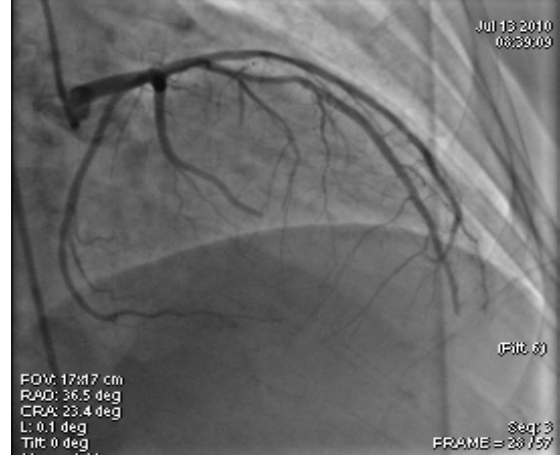
Akut koroner sendrom gelişiminin pato-fizyolojisi incelendiğinde en önemli sebeplerin daha sıklıkla tek koroner damarı tutan plak rüptürü veya plak erozyonu olduğu görülmektedir (1). Eş zamanlı olarak iki koroner damarda trombüsün görüldüğü akut koroner sendrom olguları nadir olarak görülmekte ve genellikle daha kötü prognoza neden olmaktadır. Biz burada akut koroner sendrom kliniği ile hastanemize başvuran ve yapılan koroner anjiyogramlarında iki damarda akut trombüs saptanan ve başarılı bir şekilde tedavi edilen üç olgu sunmayı amaçladık.

### OLGU 1

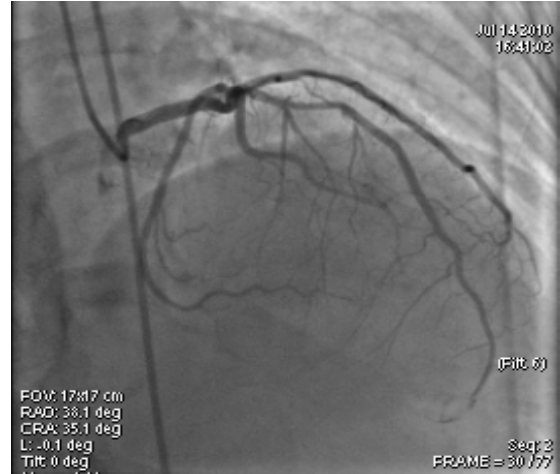
Göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 40 yaşında kadın hastanın arteriyel tansiyonu 130/80 mmHg, nabız 85 atım/dakika olarak saptandı. Özgeçmişinde hipertansiyon tedavisi gördüğü öğrenildi. Hastanın öyküsünden sigara içmediği, menapoza girmediği, oral kontraseptif kullanmadığı ve herhangi bir başka kronik hastalığı olmadığı öğrenildi. Hastanın çekilen EKG' sinde II, III, aVF ve V3-V6 derivasyonlarında 1 mm ST elevasyonu saptandı (Şekil 1A). Primer perkutan girişim amacıyla hasta katater laboratuvarına alındı. Yapılan koroner anjiyografide sol inen arter (LAD) ve sirkumfleks arterin 2. obtus marginal dalı (OM2) distalinin total tıkalı olduğu görüldü (Şekil 1B). Ventrikülografide apeks hipokinetik ve ejeksiyon fraksiyonu %45 olarak değerlendirildi. Damar çapları <2 mm olduğu için ileri koroner girişim düşünülmedi. İntravenöz tirofiban infüzyonu başlandı. Hastanın beyaz küre sayısı 16,3 mg/dl, hemoglobin 13 mg/dl, trombosit sayısı 481.000 u/L, Troponin I 0,658 ng/ml idi. Yirmidört saat sonra yapılan koroner anjiyografide OM2'nin tamamen açık ve LAD distalinde timi-2 akım görüldü (Şekil 1C). Hastane gözlemi süresince stabil seyreden ve göğüs ağrısı olmayan hasta asetilsalisilik asit, klopidogrel, metoprolol, atorvastatin ve perindopril tedavisi ile taburcu edildi.



Şekil 1A. Elektrokardiyogramda II, III, aVF ve V3-V6 derivasyonlarında 1 mm ST elevasyonu görülmekte



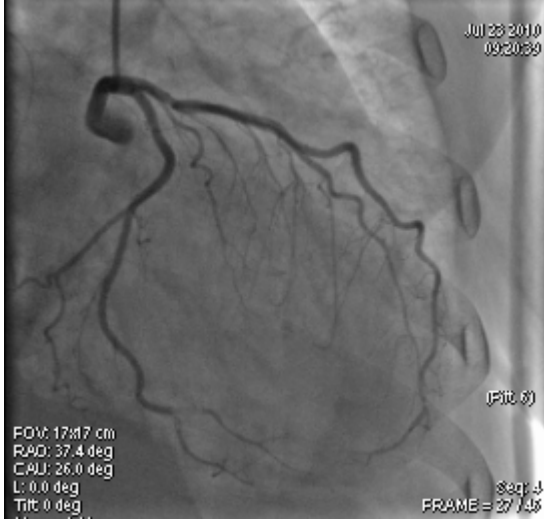
Şekil 1 B. Sol inen arter ve Obtus marginal 2 distalinin total tıkalı olduğunu gösteren koroner anjiyogram.



Şekil 1C. Obtus marginal 1 tamamen açık ve sol inen arter distalinde timi-2 akımın görüldüğü koroner anjiyogram.

### OLGU 2

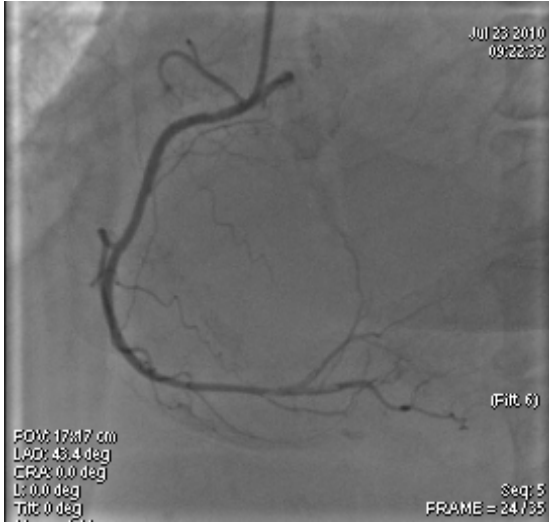
Yetmişyedi yaşında kadın hasta göğüs ağrısı, nefes darlığı (NYHA IV) ve çarpıntı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Çekilen Ekg'de hızlı ventrikül yanıtı atrial fibrilasyon saptandı. Akciğer grafisinde bilateral pleural efüzyon mevcuttu. Hastanın beyaz küre sayısı 13,2 mg/dl, hemoglobin 12,8 mg/dl, trombosit sayısı 376.000 u/L, Troponin I 31,4 ng/ml, kreatinin 0,59 mg/dl, alt 76 u/L, total kolesterol 96 mg/dl, hdl 46 mg/dl, trigliserit 91 mg/dl idi. Ekokardiyografide ejeksiyon farksiyonu % 50, ileri mitral ve triküspit yetersizliği saptandı. Akut koroner sendrom tedavisi başlandı. Kırksekiz saat sonra koroner anjiyografi yapıldı. Hastanın sirkumfleks arterin 1. Obtus Marginal ve sağ koroner arterinin (RCA) distalinde trombüslü lezyon (çap<2,5 mm) görüldü ve timi-3 akım mevcuttu (Şekil 2A, 2B). Hastaya ek koroner girişim düşünülmedi. Klinik durumu stabil seyreden hasta asetilsalisilik asit, klopidogrel, metoprolol, ramipril+hidroklorotiazid, atorvastatin tedavisi ile taburcu edildi.



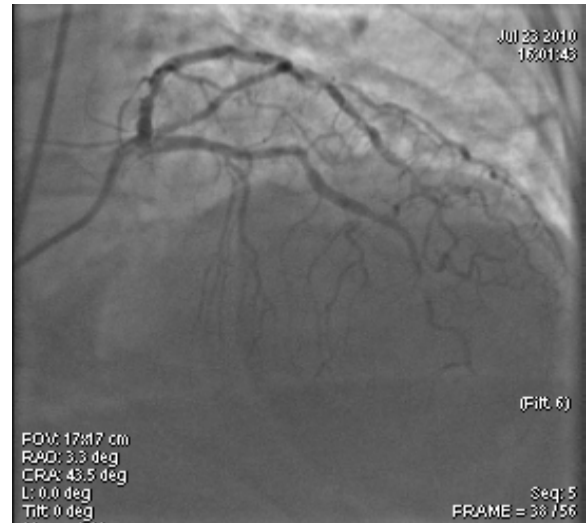
**Şekil 2A.** Obtus Marginal 1'de trombüslü lezyon (çap<2,5 mm) ve timi-3 akımın görüldüğü koroner anjiogram.



**Şekil 3B.** Sağ koroner arter distalinde trombüslü %98 lezyonun görüldüğü koroner anjiogram



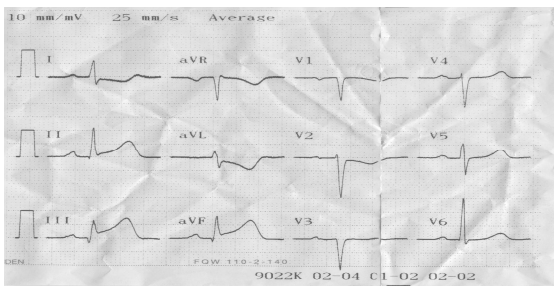
**Şekil 2B.** RCA'nın distalinde trombüslü lezyonun (çap<2,5 mm) görüldüğü koroner anjiogram.



**Şekil 3C.** Sol inen arter orta-distal kesimde trombüs lezyonun görüldüğü koroner anjiogram.

### OLGU 3

Göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 59 yaşında kadın hastanın çekilen Ekg'sinde II, III,aVF derivasyonlarında ST elevasyonu V1-V2 derivasyonlarında ST depresyonu saptandı (Şekil 3A).



**Şekil 3A:** Elektrokardiyogramda II, III, aVF derivasyonlarında ST elevasyonu V1-V2 derivasyonlarında ST depresyonu görülmekte.

Hasta acil olarak primer perkutan koroner girişim amacıyla katater laboratuvarına alındı. Yapılan koroner anjiografide sağ koroner arter distalinde trombüslü %98 lezyon, sol inen arter orta-distal kesimde trombüs saptandı (Şekil 3B, 3C).

Hastaya tirofiban infüzyonu başlandı. 24 saat sonra yapılan kontrol koroner anjiografide sol inen arterdeki trombüsün kısmen gerilediği, sağ koroner arter distalindeki lezyonun aynen devam ettiği saptandı. Bunun üzerine sağ koroner arter distaline 3,5x12 mm stent implante edildi. Hastanın beyaz küre sayısı 7,99 mg/dl, hemoglobin 15,3 mg/dl, trombosit sayısı 247.000 UL/L, CKMB 130IU/L, CK 566 IU/L, kreatinin 0,76 mg/dl, alt 76 IU/L, total kolesterol 168 mg/dl, hdl 30 mg/dl, trigliserit 191 mg/dl idi. Klinik durumu stabil seyreden hasta asetilsalisilik asit, klopidogrel, metoprolol, valsartan+hidroklorotiazid, amlodipin, atorvastatin, tedavisi ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Birden çok damarda trombus ile seyreden akut koroner sendrom klinik ve anjiyografik olarak nadir görülmektedir. Biz burada ikisi ST elevasyonlu biri ST elevasyonsuz miyokard enfarktüsü ile kliniğimize başvuran ve başarılı bir şekilde tedavi edilen üç olguyu sunduk.

Davies ve ark. (2) yapmış olduğu otopsi çalışmasında kalp krizi sonucu ölen hastaların %10'undan daha fazlasında, Burke ve Virmani (3) ise %25–50 hastada birden çok koroner damarda trombus saptamışlardır. Klinik olarak bu tabloyu nadir görülmesinin sebebi bu vakaların genellikle erken dönemde ölümcül seyretmesidir. Bizim vakalarımızda trombus distal damarlarda görülmüş ve etkilenen miyokard dokusu az olduğu için hastalar hayatta kalabilmiştir.

Birden çok koroner damarda akut trombusün nedenleri arasında 'pancoronaritis' diye adlandırılan sistemik protrombotik bir hastalık veya ilk plak rüptürünün neden olduğu koroner akım bozulmasına bağlı diğer damarlarda akut koroner sendrom oluşması düşünülmektedir (4). Ayrıca peripartum kardiyomiyopati (5), mitral veya aort kapağı endokarditine bağlı birden çok koroner embolide olası mekanizmlar arasındadır (6). Akut koroner sendromda eş zamanlı koroner trombus sıklığı nadirdir. Bizim burada sunduğumuz üç olgu literatür ile karşılaştırıldığında daha küçük miyokard dokusunu etkilediği için iyi prognoz göstermiştir. Fakat bu tür hastaların genellikle kötü prognoz oldukları bilindiğinden hastalara yoğun medikal tedavi uygulanmalı ve hemodinaminin yakın takip edilmesi önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Kushner FG, Hand M, Smith SC Jr, et al. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54(23):2205–2241.
2. Davies MJ, Thomas A. Thrombosis and acute coronary artery lesions in sudden cardiac ischemic death. *N Engl J Med* 1984; 310(18): 1137–1140.
3. Burke A, Virmani R. Significance of multiple coronary artery thrombosis consequence of diffuse atherosclerotic disease. *Ital Heart J* 2000;1(12): 832–834.
4. Falk E. Multiple culprits in acute coronary syndromes: systemic disease calling for systemic treatment. *Ital Heart J* 2000;1(12):835–838.
5. Box LC, Hanak V, Arciniegas JG. Dual coronary emboli in peripartum cardiomyopathy. *Tex Heart Inst J* 2004;31(4):442-444.
6. Roxas CJ, Weekes AJ. Acute Myocardial Infarction Caused by Coronary Embolism from Infective Endocarditis. *J Emerg Med* 2008 Oct 21.