



ODÜ Tıp Dergisi / ODU Journal of Medicine
http://otd.odu.edu.tr

Olgu Sunumu

Case Report

Odu Tıp Derg
(2015) 2: 63-66

Odu J Med
(2015) 2: 63-66

Ana Koroner Arter Anevrizmasına Bağlı Sirkumfleks Koroner Arter Tıkanması Sonrası Gelişen Akut Miyokard İnfarktüsünde Anjiyografi, BT ve 3B Ekokardiografi Bulguları
Angiography, CT, and 3D Echocardiography Findings in AMI Resulted From Occlusion of Circumflex CA Due To Main CA Aneurysm

**Ömer Şatıroğlu, M. Emre Durakoğlugil, Yavuz Uğurlu, İsmail Şahin, Sıtkı Doğan, Elif Ergül,
Zakir Karadağ, Mehmet Bostan**

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji A. D., 53100 Rize

Yazının geliş tarihi / Received: 27 Şubat 2014 / Feb 27, 2014

Düzeltilme / Revised: 21 Ekim 2014 / Oct 21, 2014

Kabul tarihi / Accepted: 25 Aralık 2014 / Dec 25, 2014

Özet

Biz, dev sol ana koroner arter anevrizması sebebiyle sirkumfleks koroner arter ostiyumunun trombotik tıkanması sonrası gelişen akut inferiyor miyokard infarktüsü olan genç bir hastayı sunduk. Dev sol ana koroner arter anevrizmasının anjiyografik, bilgisayarlı tomografi ve ekokardiografi bulguları tartışıldı. Kardiyovasküler risk faktörleri olmayan genç bir hastada sol ana koroner arter anevrizması, koroner arter tromboembolisi ve miyokard infarktüsüne yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut miyokard infarktüsü, koroner anevrizma, ekokardiografi, kalp kateterizasyonu, bilgisayarlı tomografi

Abstract

We report a young patient with giant left main coronary artery aneurysm resulted in occlusion of circumflex coronary artery that caused myocardial infarction. Giant left main coronary artery aneurysm findings were shown by angiography, tomography, and echocardiography. Without cardiovascular risk factors in a young patient, left main coronary artery aneurysm can lead to coronary artery thromboembolism and myocardial infarction.

Keywords: Acute myocardial infarction, coronary aneurysm, echocardiography, cardiac catheterization, computed tomography.

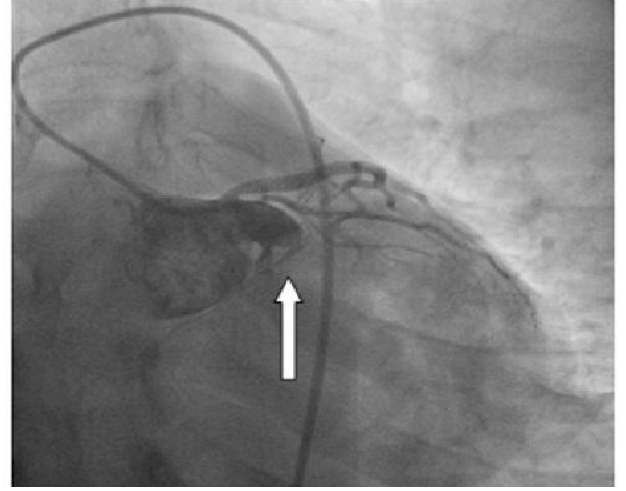
Giriş

Koroner arter çapının normal koroner arter çapından 1.5 kat (1) veya daha fazla füziform veya sakküler genişlemesi ile tanımlanan koroner arter anevrizması nadir görülen bir patolojidir. Koroner anjiyografinin yaygınlaşması ile beraber sıklığı giderek artmıştır. Yazarlar koroner arterdeki lokalize ve anormal dilatasyon için anevrizma (sakküler ya da füsiform), diffüz dilatasyon için ise ektazi terimini kullanmışlardır. Diffüz dilatasyon demek için damarın %50'si ektazik olmalıdır. Koroner anevrizma daha çok sağ koroner arterde görülürken sol ön inen koroner arter takip eder. Sol ana koroner arter çok nadirdir (2).

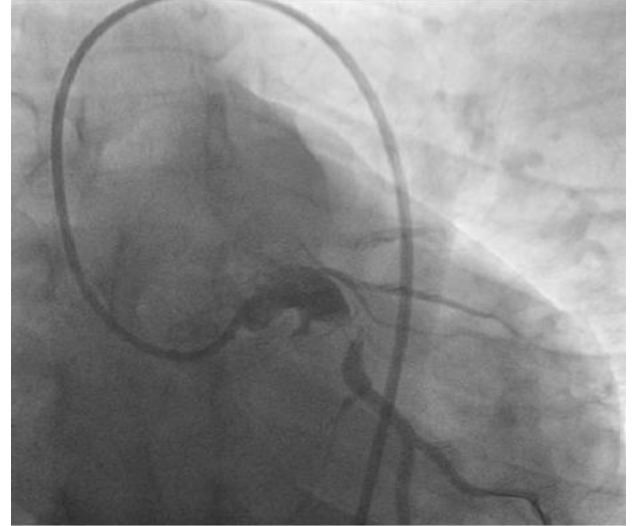
Bu yazıda 32 yaşında miyokard infarktüsü geçiren genç bir erkek hastanın, koroner anjiyografide dev sol ana koroner arter anevrizması ve sirkumfleks koroner arterin trombusla tıkanması sunulmuş ve ekokardiyografi ile bilgisayarlı tomografi görüntüleri ile birlikte tartışılmıştır.

Olgu

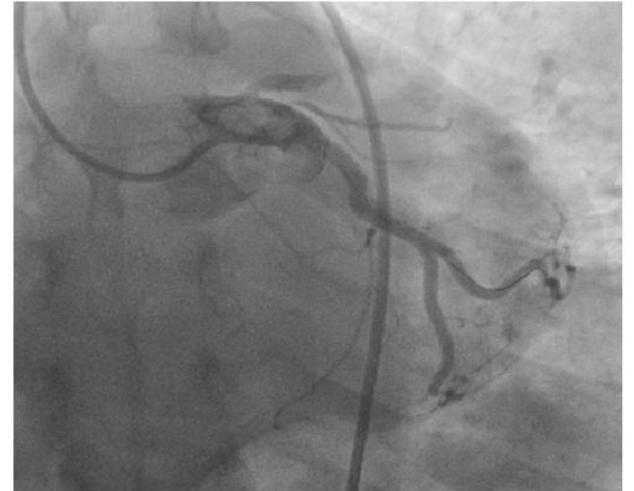
Daha önceden herhangi bir kalp rahatsızlığı olmayan 32 yaşında erkek hasta bir saat önce başlayan retrosternal göğüs ağrısı ile acil polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde arteriyel tansiyon 130/80 mmHg, kalp hızı 82 atım/dk olup çekilen elektrokardiyografisinde d2, d3, aVF, V5, V6 derivasyonlarda 2 mm ST elevasyonu saptandı. Yapılan koroner anjiyografisinde dev sol ana koroner arter anevrizması ve sirkumfleks koroner arter ostiumundan trombusla dolu ve tam tıkalı olarak saptandı (Resim 1). Primer perkutan koroner girişim planlandı ve lezyona koroner anjiyoplasti yapıldı (Resim 2). Ardından sirkumfleks koroner artere stent implantasyonu yapıp, rutin antiagregan ve antikuagulan tedavisine ilaveten tirofiban infüzyon tedavisi de verildi. Miyokard infarktüsünde tromboliz çalışması koroner arterde akım derecelendirilmesine (TIMI grade flow) göre, TIMI 3 akım sağlandı (Resim 3). Hastanın koroner yoğun bakım ve kardiyoloji serviste tedavisi tamamlandı. Bu süreçte, sol ana koroner arterdeki dev anevrizma diğer görüntüleme yöntemleriyle de teyid edildi (bilgisayarlı tomografi, 2 boyutlu ve 3 boyutlu ekokardiyografik görüntüleme) (Resim 4-6). Medikal tedavisi düzenlenen hasta şifa ile taburcu edildi.



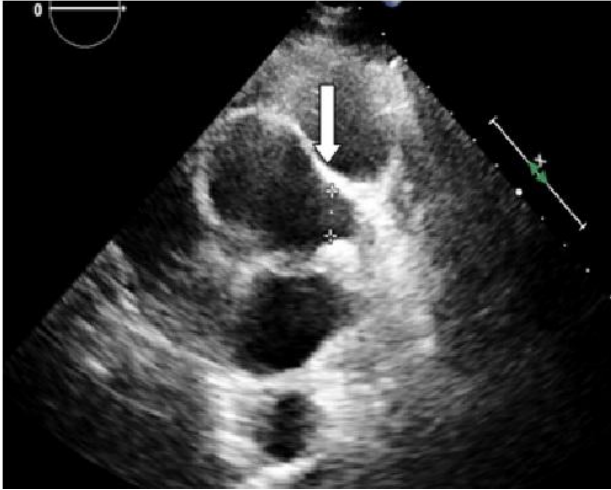
Resim 1: Koroner anjiyografide, dev Sol ana koroner arter anevrizma ve Sirkumfleks arter ostiyal tam tıkanıklık görülmektedir (ok).



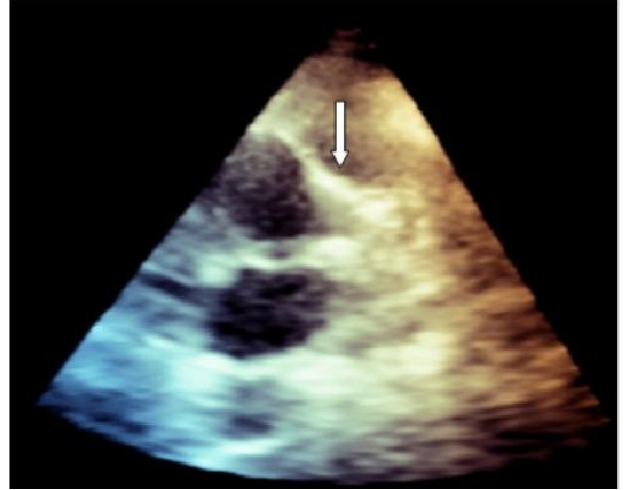
Resim 2: Koroner anjiyografide, sirkumfleks arter ostiyal tam tıkanıklığa koroner balon anjiyoplasti yapıldığı görülmektedir.



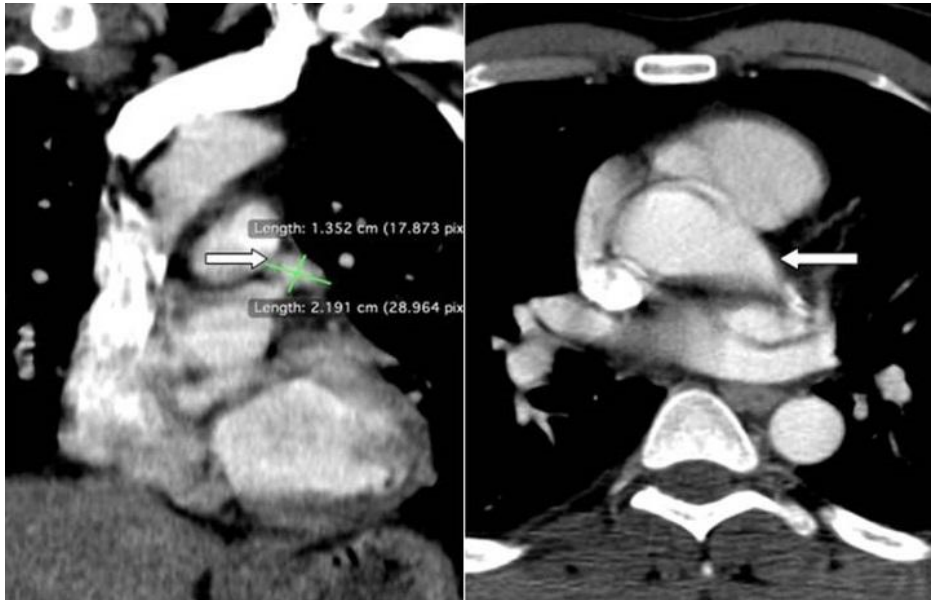
Resim 3: Koroner anjiyografide, sirkumfleks arter ostiyal tam tıkanıklığa koroner stent yapıldıktan sonra görülmektedir.



Resim 4: 2 boyutlu ekokardiyografide, parasternal kısa ekseninde, dev Sol ana koroner arter anevrizması görülmektedir (ok).



Resim 5: 3 boyutlu ekokardiyografide, parasternal kısa ekseninde, dev Sol ana koroner arter anevrizması görülmektedir (ok).



Resim 6: Bilgisayarlı tomografide, dev Sol ana koroner arter anevrizması görülmektedir.(ok).

Tartışma

Koroner arter anevrizması oluşumunda rol oynayan temel patolojik mekanizma media tabakasının incilmesi ve duvar stresinin artmasıdır. Bunun sonucunda koroner arterde oluşan ilerleyici genişleme diffüz ektazi veya lokal anevrizma ile sonuçlanır. Bu durum koroner akımda yavaşlamaya, türbülant akıma, in situ tromboza yol açarak iskemiye ve miyokard infarktüsüne neden olabilmektedir (3). Anevrizma, tromboze olduğunda intrakardiyak kitle şeklinde görülebilir (4). Ayrıca anevrizma, akut koroner arter rüptürüne yol açarak komşu kalp odacıklarında ciddi basınç oluşturup ölümcül komplikasyonlara yol açabilir (5). Koroner arter anevrizması doğuştan veya edinsel olabilir (6). Koroner arter anevrizması ve ektazilerinin görülme sıklığı % 0.3

ile % 5,2 arasında olup, en büyük anjiyografik çalışma olan CASS'de (Coronary Artery Surgery Study) bu oran % 4,9 olarak saptanmıştır. Yetişkinlerde en sık görülme nedeni koroner arter hastalığıdır (7). Diğer etyolojik nedenler arasında Ehlers-Danlos sendromu, skleroderma, sifiliz, Takayasu arteriti, Kawasaki hastalığı, poliarteritis nodoza, travma (perkütan transluminal koroner anjiyoplasti), enfeksiyon hastalıkları sayılabilir.

Bir çalışmada sadece koroner arter ektazisi olan hastaların %39'unda, başka bir çalışmada ise % 29'unda geçirilmiş miyokard infarktüsü (MI) veya angina öyküsü bildirilmiştir (6). Bu çalışmalarda MI yerleşimi ile ektatik olan arter uyumlu bulunmuştur. Bu hastalar sıklıkla asemptomatik seyretmekle beraber; efor anginası, kararsız angina ve MI ile de karşımıza çıkabilirler (8).

Anevrizma kesesi içinde thrombus oluşması ve distalindeki damara embolizasyonu ve tıkaması sonucu miyokard infarktüsüne yol açabilirler (9). Benzer mekanizmaya sahip, daha önceden herhangi bir kardiyak yakınması, kardiyovasküler risk faktörleri olmayan genç hastamızda, konjenital sol ana koroner arter anevrizmasının bir komplikasyonu sonucu koroner arter tromboembolisi ile miyokard infarktüsü gelişmiştir. Bu açıdan koroner arter anevrizmaları uzun süre sessiz veya asemptomatik seyretmelerde, gelişebilecek daha tehlikeli klinik durumlara zemin oluşturabilirler, bu sebeple, bu hastalarda görüntüleme yöntemleri (BT, ekokardiyografi vb.) ile erken tanı konması önemlidir.

Kaynaklar

1. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. Prog Cardiovasc Dis. 1997 ;40(1):77-84.
2. Kaya Y, Söylemez N. Left main coronary artery aneurysm: A case report. Van Tıp Dergisi 2013;20(3): 170-2.
3. Markis JE, Joffe CD, Cohn PF, Feen DJ, Herman MV, Gorlin R. Clinical significance of coronary arterial ectasia. Am J Cardiol 1976; 37(2):217-22.
4. Murthy PA, Mohammed TL, Read K, Gilkeson RC, White CS. MDCT of coronary artery aneurysms. AJR Am J Roentgenol 2005; 184(3):19-20.
5. Chia HMY, Tan KH, Jackson G. Nonatherosclerotic coronary artery aneurysms: two case reports. Heart 1997; 78(6):613-6.
6. Demopoulos VP, Olympios CD, Fakiolas CN, Pissimissis EG, Economides NM, Adamopoulou E, et al. The natural history of aneurysmal coronary artery disease. Heart 1997; 78(2):136-41.
7. Swaye PS, Fisher LD, Litwin P, Vignola PA, Judkins MP, Kemp HG, et al. Aneurysmal coronary artery disease. Circulation 1983; 67(1):134-8.
8. Satran A, Bart BA, Henry CR, Murad MB, Talukdar S, Satran D, et al. Increased prevalence of coronary artery aneurysms among cocaine users. Circulation 2005; 111(19):2424-9.
9. Arslan N, Demirkan D. Koroner arter anevrizmaları. Türk.Kardiol. Dern.Arş. 1993;21(2):123-6.