

Koroner ektaziyle birliktelik gösteren bir spontan koroner arter diseksiyonu olgusu

Turgay Çelik (*), Hürkan Kurşaklıoğlu (*), Atıla İyisoy (*), Sait Demirkol (*), Sedat Köse (*), Ersoy Işık (*)

Özet

Spontan koroner arter diseksiyonu, miyokardiyal iskeminin nadir bir nedenidir ve hayattayken çok az hastaya anjiyografik olarak tanı konur. Bu olgu sunumunda, koroner anjiyografi ile tanısını koyduğumuz, spontan koroner arter diseksiyonuna koroner ektazinin eşlik ettiği bir hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: Koroner arter ektazisi, miyokardiyal iskemi, spontan koroner arter diseksiyonu

Summary

A case of spontaneous coronary artery dissection presenting in association with coronary ectasia

Spontaneous coronary artery dissection is a rare cause of myocardial ischemia, and only a few patients are diagnosed angiographically when alive. In this case report, we present a case of spontaneous coronary artery dissection presenting in association with coronary ectasia, in whom we diagnosed by coronary angiography.

Key words: Coronary ectasia, myocardial ischemia, spontaneous coronary artery dissection

Giriş

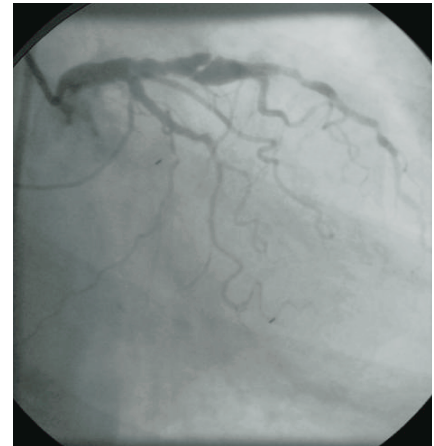
Spontan koroner arter diseksiyonu (SKAD), nadir rastlanan ve miyokardiyal iskekiye neden olabilen bir patolojidir. SKAD'ın ilk klinik bulgusu, genellikle akut miyokard infarktüsü veya ani ölümdür (1). SKAD'ın ilk defa 1931 yılında Pretty tarafından bildirilmesinden (2) sonra, bu güne kadar bildirilen 300'e yakın olgunun %75'inde, tanı ancak otopside konmuştur (3-5). SKAD seyrek görülmesine rağmen, sıklıkla ani ölüme neden olabileceğinden klinik önemini korumaktadır.

Biz bu yazıda, sol inen koroner arterinde (LAD), ektazi ile birlikte spontan koroner arter diseksiyonu mevcut olan bir olguyu tanımladık.

Olgu Sunumu

On yıldır sistemik arteriyel hipertansiyon tanısı ile takip edilen 52 yaşında bayan hasta kardiyoloji polikliniğine, egzersizle artan tipik göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı: 160/50 mmHg, nabız: 78/dakika ritmik, dinlemekle aortik odakta 1/6 sistolik, sternum solunda ise 3/4 diyastolik üfürüm saptandı. Periferik nabızların değerlendirilmesinde sıçrayıcı nabız ve femoral arter üzerinde ise "Traube bulgusu" tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. İstirahat EKG'sinde sol ventrikül volüm yüklenmesi, sol aks sapması ve sol ventrikül hipertrofisi bulguları, V1-V4 derivasyonlarında 3 mm simetrik T dalga inversiyonu tespit edildi. Tam kan ve rutin biyokimya değerleri normal sınırlar içindeydi. Ekokardiyo-grafide; ciddi aort yetersizliği (diyastol sonu çap=68 mm, sistol sonu çap=45 mm, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu=%61) saptanarak, aort kapak replasmanı operasyonu öncesi pre-operatif değerlendirme için koroner anjiyografi yapılmasına karar verildi.

Sağ femoral arterden Judkins yöntemi ile gerçekleştirilen koroner anjiyografi işleminde; LAD proksi-



Şekil 1. Sağ anterior oblik kaudal açıda, sol inen koroner arterde ektazinin eşlik ettiği diseksiyonun görünümü

*GATA Kardiyoloji AD

Ayrı basım isteği: Dr. Turgay Çelik, GATA Kardiyoloji AD, Etlik-06018, Ankara
E-mail: benturgay@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 03.01.2005
Kabul edilme tarihi: 27.06.2005

mal segmentte ektazi ve spontan diseksiyonun olduğu, diske segmentin distalinde akımın yavaş (TIMI 2 akım) olduğu saptandı (Şekil 1). Sağ koroner arterin tüm segmentleri ektazik olmasına rağmen sirkumfleks (Cfx) arter normaldi. Aortografide ciddi aort yetersizliği gözlemlendi, ventrikülografide ise sol ventrikülün dilate olduğu tespit edildi.

Hastada spontan koroner arter diseksiyonu saptandıktan sonra, sekonder nedenlere yönelik istenen C-reaktif protein (CRP), romatoid faktör (RF), antinükleer antikor (ANA), anti-double-stranded DNA (Anti-ds DNA), tiroid hormonları ve hepatit belirteçlerinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Hastaya mevcut bulgularla aort kapak replasmanı (25 mm çaplı Saint Jude mekanik protez) ve koroner arter "bypass" operasyonu (sol internal torasik arter-sol ön inen koroner arter) uygulandı. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta, takip programına alındı.

Tartışma

Spontan koroner arter diseksiyonu (SKAD), travmatik veya iyatrojenik nedenlerin yokluğunda, mediyanın dış 1/3'lük kısmında veya mediya ile adventisya tabakaları arasında hematoma olması olarak tanımlanmaktadır (4). Olguların yaklaşık %70'ine tanı postmortem konur (5). Bu sebeple, SKAD tanısı alanların sayısı oldukça azdır ve genellikle ani ölümle gelen hastalara otopsi yapılmadıkça, tanı konamamaktadır. Koroner anjiyografide, diske segmentin görüntüsü tanı koydurucudur (6). İntravasküler ultrasonografi (IVUS) ile mediya tabakasında, hematoma ile birlikte veya hematoma olmaksızın SKAD saptanabilir.

Spontan koroner arter diseksiyonlarının nedenleri arasında ateroskleroz, koroner arter ektazileri, koroner arterlerin izole fibromusküler displazisi, hipertrofik kardiyomiyopati, künt göğüs travmaları,

oral kontraseptif kullanımı, kokain, siklosporin, Marfan sendromu, immünolojik ve inflamatuvar hastalıklar, otoimmün tiroidit, hepatit C enfeksiyonu, sarkoidoz, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve Kawasaki hastalığı sayılabilir (7). Koroner arter ektazisine eşlik eden koroner arter diseksiyonu olgusu, literatürde çok az bildirilmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda ise, neden aterosklerozdur. Bu olguda koroner ektazinin de patolojiye eşlik etmesi ve diğer sekonder nedenlere ait pozitif bulgu elde edilememesi, spontan diseksiyonun ateroskleroz zemininde geliştiğini düşündürmüştür.

Nyamu ve ark., 6938 hastayı içeren bir anjiyografik çalışmada 134 hastada koroner ektazi saptamışlar ve bunlardan sadece birine spontan arter diseksiyonunun eşlik ettiğini bildirmişlerdir (8).

SKAD'lı hastalar asemptomatik klinik seyirden, akut miyokard infarktüsüne kadar değişen bir yelpazede karşımıza geldikleri için, tedavi yaklaşımı ve etkinliği de hastadan hastaya değişmektedir. Perkütan koroner girişimlerle, sol ana koroner arter dışındaki tek damar hastalarında iyi sonuçlar elde edildiği ve uzun dönemde prognozun mükemmel olduğu bildirilmiştir (9). Sol ana koroner arter veya çok damar tutulumu bulunanlarda, koroner arter "bypass" cerrahisi önerilmektedir (10,11). Stent uygulamadan, tek başına balon anjiyoplasti yapılması da diseksiyonun yayılma riskini artırmaktadır (12). Bizim olgumuzda tek damarda diseksiyon gözlenmesine rağmen, beraberinde ciddi kapak hastalığının olması nedeniyle, koroner arter "bypass" operasyonu tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, spontan koroner arter diseksiyonuna koroner ektazinin eşlik ettiği olgu sayısı çok azdır. Bu olgularda tedavi, eşlik eden diğer kardiyak patolojilerin durumuna göre bireyselleştirilmelidir. Bununla birlikte, uygun tedavi yaklaşımı henüz kesin olarak tanımlanmış

değildir.

Kaynaklar

1. Mulvany NJ, Ranson DL, Pilbeam MC. Isolated dissection of the coronary artery: a postmortem study of seven cases. *Pathology* 2001; 33: 307-311.
2. Pretty HC. Dissecting aneurysm of coronary artery in a woman aged 42. *Br Med J* 1931; 1: 667.
3. Rovner A, Thanigaraj S, Rogers JG, Moazami N, Lasala JM. Spontaneous multivessel coronary artery dissection in a young asymptomatic patient. *J Interv Cardiol* 2004; 17: 123-127.
4. Basso C, Morgagni GL, Thiene G. Spontaneous coronary artery dissection: a neglected cause of acute myocardial ischaemia and sudden death. *Heart* 1996; 75: 451-454.
5. Jorgensen MB, Aharonian V, Mansukhani P, Mahrer PR. Spontaneous coronary dissection: a cluster of cases with this rare finding. *Am Heart J* 1994; 127: 1382-1387.
6. Harada H, Honma Y, Hachiro Y, Mawatari T, Abe T. Traumatic coronary artery dissection. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 236-237.
7. Aql RA, Zoghbi GJ, Iskandrian A. Spontaneous coronary artery dissection, aneurysms, and pseudoaneurysms: a review. *Echocardiography* 2004; 21: 175-182.
8. Nyamu P, Ajit MS, Joseph PK, Venkitachalam L, Sugirtham NA. The prevalence and clinical profile of angiographic coronary ectasia. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2003; 11: 122-126.
9. Gonzalez JI, Hill JA, Conti CR. Spontaneous coronary artery dissection treated with percutaneous transluminal angioplasty. *Am J Cardiol* 1989; 63: 885-886.
10. DeMaio SJ Jr, Kinsella SH, Silverman ME. Clinical course and long-term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989; 64: 471-474.
11. Mohamed HA, Eshawesh A, Habib N. Spontaneous coronary artery dissection—a case report and review of the literature. *Angiology* 2002; 53: 205-211.
12. Vale PR, Baron DW. Coronary artery stenting for spontaneous coronary artery dissection: a case report and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1998; 45: 280-286