

**Romatoid Artritli Hastada Koroner Yavaş Akıma Bağlı Akut Miyokard Enfarktüsü: Nadir Bir Olgu Sunumu****Acute Anterior Myocardial Infarction Due To Coronary Slow Flow in Patient With Rheumatoid Arthritis: A Rare Case Report**Hakan Duman , Hüseyin Durak 

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Rize, Türkiye

**Öz**

Koroner yavaş akım fenomeni, obstrüktif epikardiyal koroner arter hastalığı olmaksızın damarın opasifikasyonunun geciktiği bir anjiyografik fenomendir. Bu yazıda, 75 yaşında daha önce romatoid artrit (RA) tanısı olan, akut anterior miyokard infarktüsü ile başvuran koroner anjiyografisinde sol ön inen koroner arterde ileri derecede koroner yavaş akım (KYA) saptanan bir olgu rapor edilmek istendi.

**Anahtar Kelimeler:** Koroner yavaş akım, miyokard enfarktüsü, romatoid artrit

**Abstract**

Coronary slow flow phenomenon is an angiographic phenomenon which opacification of the vessel is delayed without obstructive epicardial coronary artery disease. In this case we reported 75 years old man with a diagnosis of rheumatoid arthritis and anterior myocardial infarction whom coronary angiography revealed a severe coronary slow flow in the left descending coronary artery.

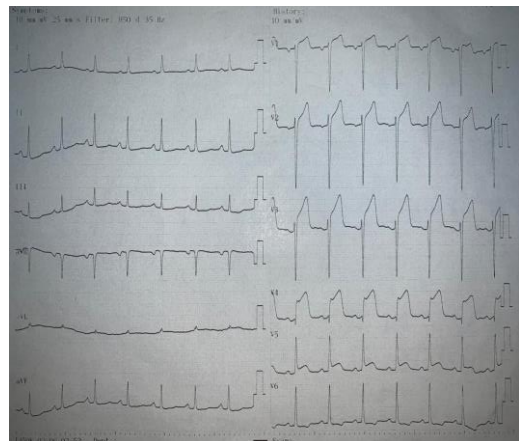
**Keywords:** Coronary slow flow, myocardial infarction, rheumatoid arthritis.

**GİRİŞ**

Akut miyokard enfarktüslerinin büyük bir kısmı kritik darlık oluşturmamayan aterosklerotik plak rüptürü veya erozyonuna bağlı gelişir. Bir kısmı da miyokardın gereksinimi ile ciddi obstrüksiyon nedeniyle sunum azlığı sonucu gelişir (1). Koroner yavaş akım fenomeni (KYA), epikardiyal koroner arterlerde obstrüksiyon, belirgin ateroskleroz veya miyokardiyal bridge olmaksızın damarın opasifikasyonunun geciktiği bir anjiyografik fenomendir (2). Altta yatan potansiyel mekanizma mikrovasküler disfonksiyon, endotelial ve vazomotor disfonksiyondur. Romatoid artrit (RA), sistemik inflamasyona bağlı olarak, endotelial disfonksiyonun yanı sıra koroner arter hastalığı ile sık birliktelik göstermektedir (3). Biz RA hastalarında koroner yavaş akımın ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsüne (STEMI) neden olabileceğine dikkat çekmek istedik.

**OLGU SUNUMU**

Bilinen koroner arter hastalığı olmayan 75 yaşında erkek hasta, acil servise, göğsünde 1 saat süren ve her iki kola yayılan baskı vasfında ağrı nedeniyle başvurmuş.



**Şekil 1.** Hastanın acil servise ilk başvurusu sırasında çekilen EKG'si. EKG'de V1-6 derivasyonlarında belirgin ST segment elevasyonu görülmektedir.

**İletişim Bilgisi / Correspondence**

Dr. Öğr. Üyesi Hakan Duman, Şehit Binbaşı Ömer Altuğ Sok. İslam Paşa Mah. Konak Evler No: 17 53100 Rize- Türkiye

E-mail: drhakanduman@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 16.02.2019 Kabul tarihi / Accepted: 26.09.2019 Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None

Hastanın elektrokardiyografisinde (EKG) V1-V6 derivasyonlarında ST segment elevasyonu tespit edilip akut ön duvar myokard enfarktüsü teşhisi ile kliniğimize yönlendirilmiştir (Şekil 1).

Kliniğimizde değerlendirilen hastanın çekilen EKG'sinde ST segment elevasyonunun kaybolduğu ancak göğüs ağrısının devam ettiği görüldü. Hastanın anamnezinde 15 yıl önce RA tanısı aldığı, 1 yıldır ilaçlarını düzenli kullanmadığı öğrenildi. Ayrıca 2 yıl önce paroksizmal atrial fibrilasyon nedeniyle takip edildiği ve apiksaban 5 mg 2x1 ve metoprolol 50 mg 1x1 tedavisi verildiği görüldü. Hastada hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, sigara gibi risk faktörleri yoktu. Hastanın ilk fizik muayenesinde arteriel tansiyon: 120/80 mmHg, nabız 70/dk idi. Hasta STEMI tanısı ile koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. Koroner anjiyografide sol ön inen koroner arterde (LAD) ileri derecede yavaş akım olduğu, ciddi bir stenoz olmadığı, diğer koroner arter ve dallarında yavaş akımın olmadığı gözlemlendi. LAD için düzeltilmiş trombolis in myocardial infarction (TIMI) frame count 50 olarak hesaplandı (Resim 2).



**Şekil 2.** Hastanın koroner anjiyografi görüntüsü. **A:** Sol sirkumfleks, Diagonal ve Septal arterlerin dolmasına karşın, sol ön inen arterin distalinin hala dolmamış olduğu görülmektedir. **B:** Sol ön inen koroner arterin doluşu. Koroner arterlerde obstrüksiyon saptanmamıştır.

Hastaya herhangi bir perkütan girişim yapılmadı. İşlem sonrasında ASA 100 MG 1X1, klopidogrel 75 mg 1x1, ramipril 5 mg 1x1, enoksaparin 0,6 ml

2x1, atorvastatin 40 mg 1x1, isosorbid mono nitrat 50 mg 1x1 başlandı. Takiplerinde troponin I seviyesi 7,807 ng/ml ye kadar yükseldi. LDL kolesterol 82 mg/dl, C-reaktif protein 15 mg/l, beyaz küre sayısı 18,4×10<sup>3</sup>/µL, Romatoid faktör 24 IU / ml olarak ölçüldü. Diğer laboratuvar verileri normaldi. İki boyutlu ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) %42 olarak hesaplandı.

Genel klinik durumu iyi olan, takiplerinde göğüs ağrısı olmayan hasta romatoloji kliniği ile konsülte edilerek yatışının 3.gününde Leflunamid 100 mg yükleme 20 mg 1x1 idame, ASA 100 MG 1x1, klopidogrel 75 mg 1x1, ramipril 5 mg 1x1, apiksaban 5 mg 2x1, atorvastatin 40 mg 1x1, isosorbid mono nitrat 50 mg 1x1, metoprolol 50 mg 1x1 reçete edilerek taburcu edildi. Hastanın taburculuk sonrası takiplerinde ventrikül fonksiyonlarının normale döndüğü saptandı.

## TARTIŞMA

Koroner yavaş akıma sahip hastalarda nadiren STEMI geliştiğinden bu hastaların genellikle iyi bir prognoza sahip oldukları düşünülmektedir (4). Bizim olgumuzda STMI tanısıyla koroner anjiyografisi yapılmış diğer epikardiyal koroner arterlerin aksine sol ön inen koroner arterde koroner yavaş akım tespit edilmiştir. Aslında bu durum hastada spontan bir koroner diseksiyonu, trombolizis olmuş koroner emboliyi ve kırık kalp sendromunda olabileceğini akla getirmektedir fakat anjiyografi görüntülerinde trombus bulgusu, koroner diseksiyon görünümü saptanmamış hastaya intrakoroner ultrason da yapılamamıştır. Klasik KYA literatürde koroner arterlerin herhangi birinde izole olarak sık görülmemekle birlikte bizim vakamızda diğer epikardiyal koroner arterlerden ziyade LAD de bu durum belirgin olduğundan dolayı hastamız anterior miyokard enfarktüsü kliniği ile presente olduğunu düşünmekteyiz (5). KYA patofizyolojisi net olarak bilinmemekle beraber bir çalışmada klasik risk faktörleri yokluğunda, endotel disfonksiyonunun bozukluğu ile KYA yakın ilişkili

olduğu bulunmuştur (4). Sistemik ve lokal inflamasyonun artması, akut koroner sendromun patofizyolojisinde kilit rol oynadığı düşünüldüğünde bizim vakamızda da sistemik enflamasyonla giden RA hastalığı mevcut olup hastanın anti-inflamatuvar ilaçlarını düzenli kullanmaması yavaş akım fizyolojisine katkıda bulunarak hastanın akut koroner sendromla presente olmasına neden olmuş olabilir. Güncel çalışmalar göstermiştir ki RA'lı hastalar akut koroner sendrom geçirdiklerinde hastalık genel popülasyona kıyasla daha şiddetli ve sonuçları daha kötü olmaktadır (6). Yine özellikle aktif evredeki RA li hastalarda akut koroner sendrom görülebilmekle beraber bu durumun koroner arterlerde koroner arter yavaş akımına bağlı olması nadir görülen bir durumdur. Bizim hastamız akut koroner sendrom tedavisi ile semptomsuz bir şekilde taburcu edilmiştir.

syndrome and worse short-term outcome. . Eur Heart J. 2015; 36: 3413-22.

## SONUÇ

RA sistemik enflamasyonla giden bir hastalıktır. Koroner yavaş akım, endotelial disfonksyonu ve enflamasyonla ilişkilendirilen nadir de olsa akut koroner sendroma yol açabilen non-obstruktif bir koroner hadisedir. RA hastalarında akut koroner sendrom geliştiğinde etyolojide ateroskleroz dışında diğer sebeplerin düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Crea F, Liuzzo G. Pathogenesis of acute coronary syndromes. Journal of the American College of Cardiology 2013; 61: 1-11
2. Wang X1, Nie SP. The coronary slow flow phenomenon: characteristics, mechanisms and implications, Cardiovasc Diagn Ther. 2011; 1: 37-43.
3. Benucci M, Bandinelli F, Damiani A, Gobbi, F. L, Infantino, M, Grossi, V, Manfredi, M. Factors correlated with the improvement of endothelial dysfunction during Abatacept therapy in patients with rheumatoid arthritis.J Inflamm Res. 2018; 11: 247-252.
4. Yılmaz M, Dağlı MN, Koroner Yavaş Akım Derleme F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. 2016; 30: 147-152.
5. Şen T, Tüfekçioğlu O, Gölbaşı Z, Kısacık H, Koroner Yavaş Akımı Olan Hastaların Klinik Özellikleri Kayıt Çalışması MN Kardiyoloji 2011; 18:2
6. Mantel Å, Holmqvist M, Jernberg T, Rheumatoid arthritis is associated with a more severe presentation of acute coronary