



Sağ Koroner Arter Çıkış Anomalisi Bulunan Akut ST Segment Elevasyonlu Miyokart İnfarktüsü Hastasına Başarılı Primer Perkütan Girişim

Successful Primary Percutaneous Intervention in a Patient with Acute ST Segment Elevated Myocardial Infarction with Right Coronary Arterial Origin Anomaly

Naile ERİŞ GÜDÜL , Ahmet AVCI 

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

ORCID ID: Naile Eriş Gündül 0000-0003-4102-081X, Ahmet Avcı 0000-0002-8510-572X

Bu makaleye yapılacak atf: Eriş Gündül N ve Avcı A. Sağ Koroner Arter Çıkış Anomalisi Bulunan Akut ST Segment Elevasyonlu Miyokart İnfarktüsü Hastasına Başarılı Primer Perkütan Girişim. Med J West Black Sea. 2021;5(2):294-297.

Sorumlu Yazar

Naile Eriş Gündül

E-posta

nailegudul@hotmail.com

Geliş Tarihi

02.12.2020

Revizyon Tarihi

05.04.2021

Kabul Tarihi

07.04.2021

ÖZ

Koroner arter çıkış anomalileri nadir görülen konjenital anomalilerdendir. Ani kardiyak ölümlere sebep olabilirler. Akut koroner sendrom tanısı ile gelen hastalarda girişim sırasında teknik güçlükler neden olabilirler. Bu yazıda Akut inferoposterior miyokart infarktüsü ile gelen sağ koroner arter çıkış anomalisi bulunan, başarılı perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent uygulanan olgunun tanısı ve müdahalesi anjiyografik görüntüler ile sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Akut miyokard infarktüsü, Koroner arter çıkış anomalisi, Sağ koroner arter

ABSTRACT

Coronary artery origin anomalies are rare congenital anomalies. They can cause sudden cardiac death. They may cause technical difficulties during intervention in patients with a diagnosis of acute coronary syndrome. In this article, the diagnosis and intervention of a case with acute inferoposterior myocardial infarction and right coronary artery origin anomaly, who underwent successful percutaneous transluminal coronary angioplasty and stenting, is presented with angiographic images.

Keywords: Acute myocardial infarction, coronary artery origin anomaly, right coronary artery



GİRİŞ

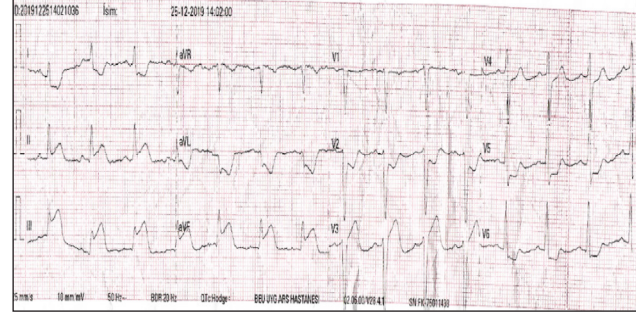
Koroner arter anomalileri konjenital kalp hastalıklarının nadir formlarından birisi olup, koroner anjiyografi yapılan popülasyonda yaklaşık %1-2 oranında görülmektedir (1). Koroner arter çıkış anomalisi koroner arterlerin başlangıcı, seyri ve dağılımındaki anormallikleri kapsar. İskemiye neden olması, gelişen aterosklerotik lezyonun beklenenden daha geniş miyokart alanlarını tehdit etmesi ve özellikle genç insanlarda egzersiz ile ilişkili ani kardiyak ölümlere neden olmasından ötürü klinik açıdan önemlidir (1,2). Koroner arter çıkış anomalileri, anjiyografik olarak ciddi aterosklerotik koroner arter hastalığı yokluğunda bile angina pectoris, akut miyokard infarktüsü ve ani ölüme neden olabilmektedir (3,4). Her ne kadar sağ koroner arter (SKA) anomalileri sol sistem ile mukayese edildiğinde klinik olarak daha önemsiz olarak düşünülmekte ise de, son zamanlarda angina pectoris, miyokard infarktüsü ve ani ölüme neden olabileceği bildirilmektedir (5).⁵

Bu yazıda, sol ana koroner arterden köken alan SKA çıkış anomalisi bulunan 42 yaşında erkek hastada gelişen akut inferoposterior miyokard infarktüsü olgusu, tanısı ve anjiyografik görüntüleri sunulmaktadır.

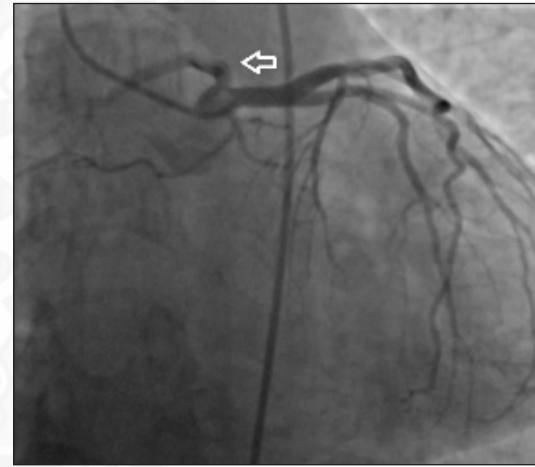
OLGU SUNUMU

Kırkiki yaşında 20 paket/yıl sigara içimi dışında koroner arter hastalığı açısından başka bilinen risk faktörü bulunmayan erkek hasta bir saatlik şiddetli göğüs ağrısı ve sol kola yansıyan uyuşma ile acil servise başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı 140/80 mmHg, nabız 87/dk, ritmik, dinlemekle kalp sesleri normal ve diğer sistem muayene bulguları olağandı. Elektrokardiyografi sinüs ritminde; DII, DIII, AVF derivasyonlarda 3 mm'lik ST segment elevasyonu, V2 derivasyonunda 2,5 mm ST segment depresyonu ve D1-aVL-V4-V5-V6 derivasyonlarda resiprokal ST segment depresyonu mevcuttu (Şekil 1). Acil serviste ilk medikal tedavisi uygulandıktan sonra hasta akut inferoposterior miyokard infarktüsü tanısıyla acil servisten primer perkütan girişim için koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. Sağ femoral arterden giriş yapıldı. Muhtemel total SKA lezyonuna müdahale edilmek üzere sağ guiding kateter ile SKA görüntülenmek istendi. Ancak bir türlü SKA görüntülenemedi. Bunun üzerine vakit kaybedilmeden sol diyagnostik kateter ile sol sistemin görüntülenmesi ve sonrasında aort kökü anjiyografisi ile SKA'nın çıkışının belirlenmesine karar verildi. Sol ana koroner arter sol sinüs valsavadaki normal yerinden çıkmaktaydı. Sol ön inen ve sirkumfleks arterlerde kritik lezyon saptanmadı. Her iki koroner arterin seyri doğaldı. Sol sistem görüntüleri alınırken kontrast maddenin sol ana koronerin proksimalinden SKA'yı boyadığı gözlemlendi (Şekil 2). Bunun üzerine diyagnostik kateter 3,5 sol Judkins ile değiştirildi ve SKA selektif olarak görüntülendi. SKA'nın sol sinüs valsavadan, sol ana koro-

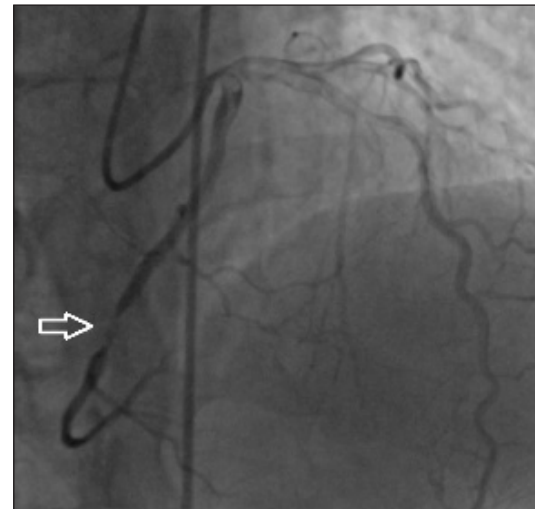
nerin süperior-posteriorundan çıktığı ve sağ ventrikül dalı öncesi %99 tıkalı olduğu tespit edildi (Şekil 3). SKA'ya primer perkütan girişim kararı alındı (Şekil 4). SKA 6F 3,5 sol



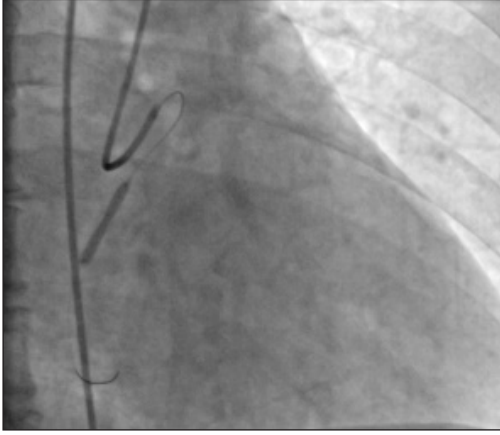
Şekil 1: Olgunun acil başvuru EKG'si (DII, DIII, AVF derivasyonlarda 3 mm'lik ST segment elevasyonu, V2 derivasyonunda 2,5 mm ST segment depresyonu ve D1-aVL-V4-V5-V6 derivasyonlarda resiprokal ST segment depresyonu mevcuttu)



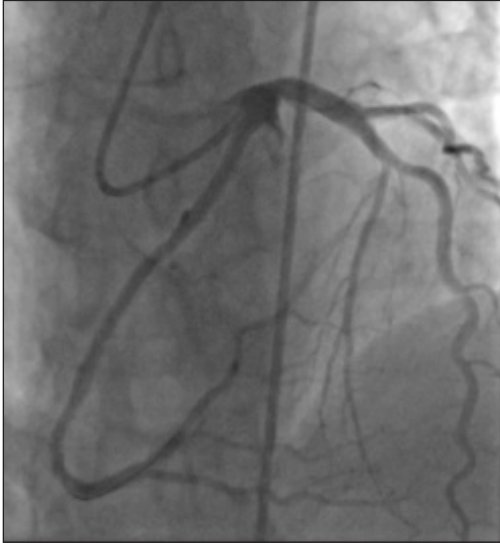
Şekil 2: Non-selektif SKA'nın kontrast madde ile boyanması



Şekil 3: Sağ koroner arterde %99 darlık



Şekil 4: Sağ koroner arterdeki %99 darlığa stent implantasyonu



Şekil 5: Başarılı sağ koroner arter stent implantasyon sonrası anjiyografi görüntüsü

Judkins guiding kateter ile kanüle edildi. Kılavuz telin lezyonu rahat geçmesi üzerine direkt stent implante edilerek tam açıklık sağlandı (Şekil 5). İşlem sonrası yoğun bakımda takibi yapıldı. Hastaya tikagrelor 90 mg 2*1, asetil salisilik asit 100 mg 1*1, atorvastatin 40 mg 1*1, metoprolol 50 mg 1*1 reçete edildi. Hastanın takibinde ek kardiyak Őikayeti olmadı ve Őifa ile taburcu edildi. Bir ay sonraki kardiyoloji poliklinik kontrolünde patoloji saptanmadı.

TARTIşMA

Koroner arter anomalileri genel popülasyonun yaklaşık %1-2 sinde görülmektedir. Miyokard iskemisi ve ani kardiyak ölüme neden olabilmeleri nedeniyle önemlidir. Koroner arter anomalilerinin en sık görülen Őekli ektopik çıkışlı olmalarıdır (6). İlave konjenital anomali olmaksızın sol koroner arterin sağ koroner ostiumdan SKA ile birlikte çıkıştı olgular anjiyografik serilerin %1 den daha azını oluşturmaktadır

(7). Ülkemizde, 26.025 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada, SKA ıkış anomalisi sıklığı %0.005 ve tüm koroner çıkış anomalileri içindeki oranı ise %18 olarak bildirilmektedir (4). Koroner arter anomalisi embriyolojik hayatta, primitif koroner arterlerin anormal regresyonu ile ilgilidir. İlave konjenital lezyonlarla birlikte bulunabileceği gibi, izole bir durum olarak da ortaya çıkabilir (8).

Koroner anomalilerin prognozu genellikle iyi olmasına rağmen, bazı durumlarda angina, senkop, kalp yetersizliği, miyokard infarktüsü ve ani ölüm gelişebileceği bildirilmiştir. Ani lmler, koroner anomalinin yaratacağı riskler arasında en ciddi tabloyu oluşturmaktadır (8). Anormal seyir ve iskemi yoksa koroner arter anomalilerin ani ölüme neden olma riski düşüktür. SKA'nın sol koroner sinüs valsavadan çıkış anomalisi en sık interarteryal (pulmoner arter ve aort kökü arası) seyir gösteren anomalisidir ve ani kalp ölümü için yüksek risk taşır (3). Akut miyokard infarktüsü ile başvurudan sonra koroner çıkış anomalisi saptanan ve başarılı stentleme işlemi yapılan olgular bildirilmiştir (9). Koroner ıkış anomalisi olan bu olguya primer koroner anjiyoplasti yapılması klinik tabloyu düzeltmiş ve tam revaskülarizasyon sağlanmıştır. Sonuçta; inferoposterior miyokard infarktüsünde sadece SKA'ya bağlı miyokard infarktüsü değil, koroner arter anomalileri de dşnlmelidir. Bu durumda perkütan balon anjioplasti ve stent uygulaması uygun kateter seçimi ve uygun tekniklerle başarılı olarak gerçekleştirilebilir.

Teşekkür

Yok

Yazar Katkı Beyanı

Yazarların eşit katkıları vardır.

ıkar atışması

Herhangi bir çıkar atışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Finansal bir destek yoktur.

Etik Kurul Onayı ve Onam

DeneySEL ve insan rneği çalışması olmadığından etik kurul oluru gerekmemiştir. Hastadan sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

Hakemlik Süreci

Kr hakemlik süreci sonucunda yayınlanmaya uygun bulunmuş ve kabul edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. elik T, Selimof N, Demirkol S, Yıldıırım M, Akdoğan B, Işık E. Sağ sinüs valsalva'dan çıkan tek koroner arter (olgu sunumu). MN Kardiyoloji 2004;11:381-383.

2. Cingoz F, Bingol H, Yılmaz AT, Tatar H. Left anterior descending artery arising as a terminal extension of posterior descending artery (a rare coronary artery anomaly). *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2003; 2: 680-681.
3. Taylor AJ, Rogan KM, Viramani R: Sudden cardiac death associated with isolated congenital coronary artery anomalies. *JAm Coll Cardiol* 1992; 20:640-647.
4. Onbaşılı A, Kırmacı C, Türkmen M, Kaymaz C, Akdemir İ, Özdemir N, Dağdelen S, Turan F, Çağlar N. 26025 koroner anjiyografi olgusunda koroner arter anomalisi sıklığı ve tipleri. *Türk Girişim Kard Der* 1998;2:112-118.
5. Kaku B, Shimizu M, Yoshio H, Ino H, Mizuno S, Kanaya H: Clinical features and prognosis of Japanese patients with anomalous origin of the coronary artery. *Jpn Circ J* 1996;60: 731-741.
6. Ökçün B, Orhan L, Babalık E. Tek koroner arter: Konjenital koroner arter anomalilerinin nadir bir formu (2 olgu sunumu). *Türk Kardiyol Dern Arş* 2004;32:322-325.
7. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Catheter Cardiovasc Diagn* 1990;21:28-40.
8. Gowda RM, Chamakura SR, Dogan OM, Sacchi TJ, Khan IA. Origin of left main and right coronary arteries from right aortic sinus of Valsalva. *Int J Cardiol* 2003; 92: 305-306.
9. Fang J, Mensah GA, Alderman MH, Croft JB. Trends in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock, 1979-2003, United States. *Am Heart J* 2006;152:1035-1041.

