

Non Q Akut Miyokard İnfarktüsünde Koroner Anjiyografi Bulguları

CORONARY ANGIOGRAPHY IN THE PATIENTS WITH NON-Q MYOCARDIAL INFARCTION

Yard.Doç.Dr. Adalet GÜRLEK, Prof.Dr. Derviş ORAL,
Dr. Muammer DAGALP, Doç.Dr. Kenan ÖMÜRLÜ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bilim Dalı ve Kardiyoloji Uygulama Merkezi. ANKARA

ÖZET

Bu araştırmada 28 vakada Non Q akut miyokard infarktüsünün anjiyografik bulgularını değerlendirdik, hckmiyle ilgili koroner arterde lalal okliizyon vakaların %23.9'da vardı. Hastalanan damar sayısı bakımından araştırıldığında 2 damar hastalığına daha sık rastladık. Koroner arterlerin morfolojisi değerlendirildiğinde tip I şeklinde ekzenrik lezyonlara daha sık rastladık.

Anahtar Kelimeler: Non O miyokard infarktüsü, Koroner anjiyografi

T Kİ in Kardiyoloji, 1991,4:88-90

Non O akut miyokard infarktüsünün (AMİ) anjiyografik bulguları birçok araştırmacı tarafından incelenmiş ve bu sonuçlar otopsi çalışmaları ile karşılaştırılmıştır (1). Bu olgularda infarktüsten sorumlu koroner arterde total oklüzyonun sıklığı bazı literatürlerde TMMİ (Trans mural miyokard infarktüsü)'ne göre düşük (2), bazılarında ise aynı olduğunu bildirilmiştir (3,4,5,6,7,8,9,10).

Hastalanan damar sayısı bakımından değerlendirildiğinde bazı kaynaklarda non Q AMİ vakalarında tek damar hastalığına daha sık rastlandığı bildirilmiştir (11). Bazı araştırmalarda ise damar sayısı bakımından fark olmadığı bildirilmiştir (4,6,7,9,12,13,14,15).

Geliş Tarihi: 7.9.1990

Kabul Tarihi: 30.12.1990

Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr. Adalet GÜRLEK
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İbn-i Sina Hastanesi Kardiyoloji, ANKARA

SUMMARY

We evaluated the angiographic findings of 28 patients with Non Q wave acute myocardial infarction. In 23,9% of the patients had total occlusion in the ischemic related coronary artery. Most of the patients had 2 vessel disease and type I eccentric lesions.

KeyWords: Non Q myocardial infarction. Coronary angiography

Turk C Cardiol, 1991, 4:88-90

Non O AMİ'li vakalarda 1988 yılına kadar koroner arter morfolojisi tarifedilmemiştir (16).

Non Q AMİ vakalarında koroner anjiyografi bulguları çok çelişkili olduğu için biz de kliniğimizde bu tanıyı almış olan hastalarda koroner anjiyografi bulgularını değerlendirmek istedik.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma, 1986-1990 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve klinik, enzim (CKP-MB) ve EKG değişiklikleriyle (ST-T) Non Q AMİ tanısı konan 28 hasta üzerinde yapıldı. Çalışmada önceden AMİ, koroner by pass ameliyatı ve anjioplasti geçirenler, valvüler kalb hastalığı olanlar ekarte edildi.

Bu hastaların göğüs ağrısı medikal tedavi ile kontrol altına alınamayınca koroner anjiyografi yapıldı ve koroner arterlerin anatomik yapısı ve lezyon morfolojileri değerlendirildi.

SONUÇLAR

28 hastanın 12'si kadın, 16'sı erkek olup yaşları 40-67 arasında ortalama 58.3 idi. 27 hastanın EKG'sinde V1-V5 arasında ST çöküklüğü ve T negatifliği, 1 vakada D2, D3, A V F derivasyonlarında ST çöküklüğü, T negatifliği vardı.

Koroner anjiyografide 6 hastada (%21.4) lezyon saplanmadı, 4 vakada (%14.3) 1 damar hastalığı, 16 vakada (%57.2) 2 damar hastalığı, 2 vakada (%7.1) 3 damar hastalığı tespit edildi (Tablo 1). Sol ana koroner arter lezyonu görülmedi.

1 olguda ise iskemiyle ilgili olmayan koroner arterde lezyon tespit edildi (Tablo 2).

21 vakada iskemiyle ilgili koroner arterde önemli lezyon vardı. Bu vakaların 5'inde (%23,8) total oklüzyon vardı. 2'sinde sol inen dalda (LAD), 3'ünde sol sirkumfleks (C.) tam tıkalıydı. 10 vakada LAD'de %90'nın üstünde önemli darlık tespit edildi. LAD lezyonlarının 6'sında (%28.5) konsantrik lezyon, 4'ünde (%10) tip I şeklinde ekzentrik lezyon vardı (Şekil 1).

6 vakada (%29) C.'te %70'in üstünde önemli lezyon tespit edildi. Bu vakaların 4'ünde (%19) tip I ekzentrik lezyon, 2'sinde (%9.5) tip II ekzentrik lezyon vardı (Tablo 3).

Ayrıca bu 21 vakanın 12'sinde sağ koroner arterde de önemli veya önemsiz olarak belirtilen lezyon vardı.

1 vakada sağ koroner arter tam tıkalıydı. Bu hastanın EKG'sinde D2, D3, A V F derivasyonlarında ST çöküklüğü ve T negatifliği vardı. 4'ünde sağ koroner arterde önemsiz multipl darlıklar mevcut olup hepsinde Tip I şeklinde ekzentrik lezyonlardı.

3 vakada ise sağ koroner arterde duvar düzensizlikleri vardı.

1 vakada ise konjenital anomali gözlemlendi. Bu olguda LAD sağ koroner arterden çıkıyordu.

TARTIŞMA

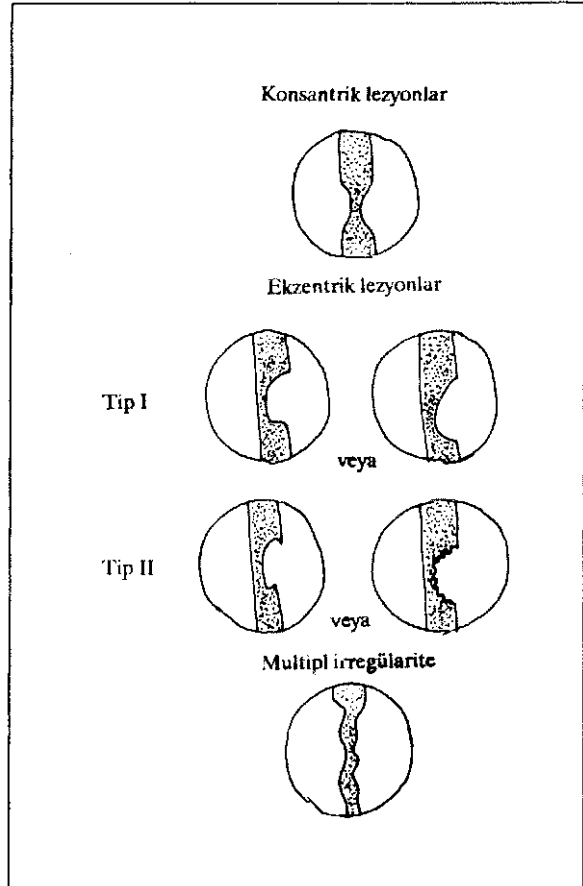
Non Q AMİ'nün anjiyografik bulguları birçok literatürde tarif edilmiş ve bu bulgular otopsi çalışmalarıyla karşılaştırılmıştır (1). Bu vakalarda normal koroner arterlere nadiren rastlandığı (1) ve iskemiyle ilgili koroner arterde total oklüzyonun daha düşük sıklıkta olduğu (2), bazı literatürlerde ise TMMİ ile aynı olduğu bildirilmiştir (3,4,5,6,7,8,9,10).

Tablo 1. Non O Miyokard İnfarktüs Vakalarında Koroner Anjiyografide Tek Damar, 2 Damar, 3 Damar Hastalığının Sıklığı

	Hasta Sayısı	%
Normal koroner	6	21.4
1 damar hastalığı	4	14.3
2 damar hastalığı	16	57.2
3 damar hastalığı	2	7.1

Tablo 2. Non O Miyokard İnfarktüs Vakalarında Koroner Anjiyografi Bulguları

	Vaka Sayısı	%
Normal koroner arter	6	21.4
İskemiyle ilgili koroner arterde %70'den fazla önemli tıkaçıcı lezyon	21	75
İskemiyle ilgili olmayan koroner arterde %70'den fazla önemli tıkaçıcı lezyon	1	3.5



Şekil 1. Koroner arterlerde stenotik lezyonların morfolojisi

Tablo 3. Non O Miyokard Enfarktüs Vakalarında Koroner Arterlerin Morfolojisi

	%
İskemiyle ilgili koroner arterde total oklüzyon %70'den fazla tıkalı lezyon olan vakalarda koroner arter morfolojisi	
Tip I ekzentrik daralma	38.2
Tip II ekzentrik daralma	9.5
Konsantrik daralma	28.5
Multipl irrégularité	

Araştırmamızda vakaların 6'sında (%21.4) koroner arterler normal bulundu.

İskemiyle ilgili koroner arterde total oklüzyon 5 olguda (%23.8) tespit edildi. Bu sonuç literatürlerin çoğuna uymaktaydı.

Non O AMİ vakalarında bazı araştırmalarda tek damar hastalığına daha sık rastlandığı ve TMMİ ile karşılaştırıldığında tek damar hastalığının TMMİ'den daha fazla görüldüğü (11), bazı literatürlerde ise hastalanan damar sayısı bakımından fark olmadığı bildirilmiştir (4,6,7,9,12,13,14,15).

Araştırmamızda 2 damar hastalığına (16 vakada %57.2'sinde) daha sık rastladık (Tablo 1).

Non O AMİ vakalarında kolateral damarların gelişimi Q dalgalı AMİ'ne göre daha fazla olmaktadır (3,5,7,10).

Bizim araştırmamızda 5 vakada (%23.8) koronerler tam tıkalıydı (2'si LAD, 3'ü Cx). Bu vakaların hepsinde kolleteraller gelişmiş ve tıkalı olan arterin distali kolleterallerle besleniyordu. 1 vakada ise EKG de V₁-V_r, arasında ST çöküklüğü ve T negatifliği olduğu halde sağ koroner arterde duvar düzensizlikleri ve %30-40 arasında Tip I şeklinde ekzentrik lezyonlar vardı. Bu olguda muhtemelen LAD'de spazm veya önemsiz bir darlık bölgesinde gelişen geçici trombosit agregasyonları ve trombüs olabilir. Ancak hastaya ergonovin testi uygulanmadığı için spazmın rolü kesin olarak gösterilememiştir.

Bu vakalarda koroner arterlerin morfolojisi 1988 yılına kadar hiç yayınlanmamıştır (16). 1988 yılında yapılan bir araştırmada iskemiyle ilgili koroner damarlarla vakaların %65'de Tip II şeklinde ekzentrik lezyonlara rastlanmıştır (Şekil 1).

Literatür tarandığında 1989-1990 yıllarında bu konuda başka bir araştırmaya rastlayamadık.

Araştırmamızda ise Tip I şeklinde ekzentrik lezyonlara daha sık (%38.3) rastladık. 2. sırada ise

konsantrik lezyonlar (%29) vardı. LAD lezyonları daha çok konsantrik, Cx lezyonları ise Tip I şeklinde ekzentrik lezyonlardı.

Literatürde koroner arter anomalisine bağlı Non Q AMİ'ne rastlamadık. Biz bir hastada LAD'nin sağ koroner arterden çıktığını tespit ettik.

KAYNAKLAR

1. Melvin D. Chelitin MD: Non O wave infarction: Diagnosis, prognosis, treatment. *Adv Intern Med*, 1988, 33:267-94.
2. Terrence J, Mark A, Robert G: Acute non Q wave infarction a distinct clinical entity of increasing importance. *Can Med Assoc J*, 1988, 15:487-93.
3. De Waad MA, William F, Carrol S, Julie S, George S: Coronary artériographie findings soon after non Q wave myocardial infarction. *N ling J Med*, 1986, 315:417-23.
4. Alison G, Edward II, Bernadine II: Nontransmural versus transmural myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 1983, 75:423-31.
5. Michael R, Nicholson M, Frac P, Garry S: Prognosis after an initial non O wave myocardial infarction related to coronary arterial anatomy. *Am J Cardiol*, 1983,52:462-5.
6. Robert A. Schulze .I, Bertain P: Coronary angiography and left ventriculography in survivors of transmural and non-transmural myocardial infarction. *Am J Med*, 1978, 64:108-13.
7. Michael N, Nicholson F, Garry S: Prognosis after an initial non O wave myocardial infarction related to coronary arterial anatomy. *Am J Cardiol*. 1983, 52:462-5.
8. Nixon IV: Non Q wave myocardial infarction. *Am J Med*, 1986,292:173-81.
9. Charles A, Leonard M, Robert D: increased lung uptake of thallium 201 during exercise myocardial imaging, clinical, hemodynamic and angiographic implications in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 1980, 46:189-96.
10. Robert S. Gibson M: Clinical functional and angiographic distinctions between Q wave and non Q wave myocardial infarction evidence of spontaneous reperfusion and implications for intervention trials. *Circulation*, 1987, 75:128-38.
11. De Wood MA, William F: Nontransmural myocardial infarction in man prevalence of total coronary occlusion. *Am J Cardiol*. 1981,47:459.
12. Edward II, Schuster M, Alison F: The nontransmural and transmural myocardial infarction is there a difference. *Am J Cardiol*, 1981,47:458.
13. Mahmood S Salih, Jonathen F, James M: Non Q wave infarction exercise test characteristic, coronary anatomy, prognosis. *Br Heart J*. 1990, 63:151-3.
14. Konvaras G: Q and non Q wave myocardial infarction current views. *Angiology*, 1988, 39:333-40.
15. Rigo P: Hemodynamic and prognostic findings in patients with transmural and nontransmural infarction. *Circulation*, 1975,51:1064.
16. John A, Craig E, Susan B: Angiographic of a common link between unstable angina pectoris and non Q wave acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 1988,1:244-7.