

Sol Ventrikül Pseudoanevrizması (Bir Olgu Nedeniyle)

LEFT VENTRICULAR PSEUDOANEURYSM (A CASE REPORT)

Dr.Hasan GÖK, Dr.Nuri ÇAĞLAR, ü.r.Serdar AKSÖYEK, Dr.İsmet DİNDAR, Prof.Dr.Mehmet ÖZDEMİR, *Doç.Dr.Cevat YAKUT

Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji ve 'Kardiyovasküler Cerahi Klinikleri. İSTANBUL

ÖZET

Akut miyokard infarktüsünün ciddi bir komplikasyonu olan ventrikül serbest duvarının rüplürü genellikle akut kalb tamponadı ve ani ölüme sonlanır. Nadiren de false anevrizma gelişir. Elli üç yaşındaki erkek hasta nefes darlığı ve göğüs ağrısında şikayete başvurdu.

Sol ventrikül pseudoanevrizması tanısı ekokardiografik olarak konuldu, kalb kateterizasyonu ile koroner arter anatomisi aydınlatıldı. Akkiz interventriküler septum defekti de saptanan hasta cerrahi kliniğimizde başarı ile opere edildi.

Anahtar Kelimeler: Miyokard infarktüsü, Sol ventrikül pseudoanevrizması

T Klin Kardiyoloji 1991,4:218-220

Sol ventrikül serbest duvarının rüplürü, genellikle akut miyokard infarktüsünün ciddi bir komplikasyonu olup akut kalb tamponadı yaparak ani ölümle sonuçlanır (1-4). Çok az sayıda hasta değişik sürelerde hayatta kalabildiğinden acil cerrahi girişim gereklidir (5-7). Akut miyokard infarktüsünden ölen hastaların otopsi çalışmalarında insidansı %3-10 bildirilmiştir (4-8). Sol ventrikül serbest duvar rüplürü geliştiğinde hemoraji, periin-

Geliş Tarihi: 21.12.1990

Kabul Tarihi: 13.2.1991

Yazışma Adresi: İstanbul Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Koşuyolu, İSTANBUL

SUMMARY

Rupture of the left ventricular free wall is usually a severe complication of acute myocardial infarction, followed by instantaneous death caused by acute cardiac tamponade. The occurrence of a false aneurysm is rare. The patient, a 52-year old-man, had dyspnea and chest pain.

Left ventricular pseudoaneurysm was diagnosed echocardiographically, coronary artery anatomy was elucidated in detail with heart catheterization. The patient who has also acquired interventricular septum defect was successfully operated on at our surgical department.

KeyWords: Myocard infarction, Left ventricular pseudoaneurysm.

Tur J Cardiol 1991,4:218-220

farktüs perikarditinin perikardiyal adhezyonları ile kuşatılırsa ve kanama yavaş olup pıhtı formasyonu rüptür bölgesinde oturursa yahut riıptür subakul gelişirse, hasta hayatta kalabilir ve pseudoanevrizma gelişebilir. False anevrizmanın dış duvarı miyokardiyal doku ihtiva etmez ve avasküler olup sol ventrikülle bağlantısı nisbeten dar bir boyunla olmaktadır. Kalb rüptüründen, genellikle akut kalb yetmezliği ve şok tablosunu içeren klinik bulgularla şüphe edilir, kesin tanısı ekokardiografi ve kalb kateterizasyonu ile koyulur. Biz bu makalede subakut miyokard rüplürü ile gelişen false anevrizma ve akkiz interventriküler septum defekti olgusunu sunarak yayınları gözden geçirdik.

VAK'A TAKDİMİ

Ş.G., 53 yaşında erkek, 2 yıl önce efor anginası başlamış, zamanla sıklık, şiddet ve süresi artış göstermiş. Üç ay önce çok şiddetli ve uzun süreli göğüs ağrısı olduğunu belirten hasta, bu tarihten sonra şikayetlerine nefes darlığı ve çarpıntısının eklendiğini anlattı. Geçirilmiş miyokard infarktüsü ve buna bağlı konjestif kalb yetmezliği ön tanıları ile yatırılan hastanın fizik muayenesinde; nabız 110/dk, kan basıncı 110/40 mmHg, boyun venlerinde orta derecede dolgunluk, akciğer alt loblarında solunum seslerde azalma, mitral ve mezokardiyak odakta 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm ve kosta kenarım 3-4 cm geçen konjestif hepatomegali saptandı.

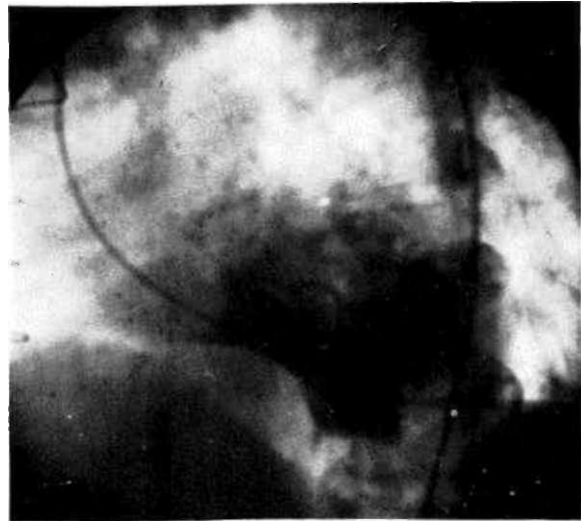
Olgunun laboratuvar muayenesinde; rutin kan ve idrar tetkikleri normal sınırlarda bulundu ve enzim takibinde CPK-MB, SGOT, SGPT, LDH de herhangi bir artış görülmedi. Teleradiografisinde kalb maksimal normal sınırlarda, pulmoner vaskülaritede artışı elektrokardiyogramında ise sinüs ritmi ve geçirilmiş inferior lokalizasyonlu miyokard infarktüsü paterni vardı. Ekokardiografide, sol ventrikül inferior segmentinde hipokinezi ve bu segmentle nisbeten dar bir boyunla irtibatlı 6x6 cm çaplı bir kese, sol ventrikül outflow traktla 1°-2° den diastolik türbülant akım ve septumun sağ ventrikül tarafında sistolik türbülant akım saptandı. False anevrizma, akkiz ventriküler septum rüptürü ve aort regurjitasyonu tanısını da alan olguya, yoğun medikal tedavi ile durumu kısmen stabilizeince, sağ ve sol kalb kateterizasyonu, oksimetrik çalışma ve koroner anjiyografi yapıldı.

Kalb kateterizasyonu esnasında yapılan oksimetrik çalışma akkiz ventriküler septal defektini destekledi. Sol ventrikülografisinde inferior segmentle irtibatlı false anevrizma ve ventriküler septum defekti (Şekil 1), koroner anjiyografisinde; sol ana koroner arter left anterior descending arter ve sağ koroner arter normal, circumflex arter birinci obtus margin'den sonra %100 tıkalı ve distali görülüyordu. Dominant olan sağ koroner arterden retrograd doluyordu.

Hastanemiz kardiyovasküler cerrahi kliniğinde, öncelikli açık kalb operasyonuna alınan olguda, aort genişleşmiş (6 cm), sol ventrikül inferior bölümünde yapışıklıklar ve 6x6x5 cm büyüklüğünde ince duvarlı bir false anevrizma ile birlikte ventriküler septumun muskuler bölümünde 2x1 cm defekt görüldü. False anevrizma ile sağ atrium arasında 2x2x2 cm çapında hematoma kitlesi saptandı. Anevrizma kesesi açılıp, rezeke edildikten



Şekil 1. Sol Ventrikülografisinde (RAO) False Anevrizmanın Görünüşü



Şekil 2. Postoperatif Sol Ventrikülografisinde (RAO) False Anevrizmadan Kalan Güdüğün Görünüşü

sonra gorotex dikişler ile patch konarak kapatıldı. Venriküler septum defekti de patch'e konan pledgetli dikişler ile tamir edildi. Postoperatif seyrinde komplikasyon olmayan hastanın, 3. gününde ekokardiografik ve 6. gününde sol-sağ kalb kateterizasyonu ile kontrolü yapıldığında false anevrizma ve ventriküler septum defektinin tam tamir edildiği görüldü (Şekil 2). Bir problemi kalmayan hasta 7. gününde medikal tedavisi düzenlenerek salahlı taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akul miyokard infarktüsünün en dramatik mekanik komplikasyonu olan miyokard rüptürü,

genellikle transmural olgularda ve sıklıkla 3.-6. günleri arasında (dağılımı 1.-21. gün), serbest duvar rüplürü (%5-10 oranında), interventriküler septum rüptürü (%2-4 oranında) ve papiller kas rüplürü (%1 oranında) şeklinde gelişir (4). Sıklıkla şok ile birlikte ani ve önemli sağ kalb yetmezliğine sebep olan hernoperikardium ve buna bağlı kalb t.un ponadı sonucunda yalnız medikal tedavi ile yetinilirse bradi aritmi ve bunu izleyen elektromekanik dissosiasyon ile %90 oranında kaybedilirler (1-4). Serbest duvar rüptürü daha çok ileri yaşlı, hipertansif, sol ventrikülün en az %20'sini içeren ve koroner kollektrel sunumu iyi olmayan ilk transmural miyokard infarktüsü olgularında ve sol ventrikülün anterior veya lateral duvarında daha sık görüldüğü bildirilmişse de sağ ventrikülde hatla atriumda da saptanmıştır (4). Önceleri premortem teşhisi nadiren koyulabilen bu komplikasyon 2-D ekokardiografi ile daha kolay ve erkenden tanınır olmuştur (9).

Serbest duvar rüptürü subakut ve inkomplet gelişirse ve kanama yavaş olur, rüptür bölgesine massif hemoperikardiumu engelleyen pıhtı formasyonu oturursa, zamanla sol ventrikül divertikülü veya pseudoanevrizma gelişir. Genellikle infarktüs ile normal miyokardın birleşim yerinde nadiren de infarktüs merkezinde ikinci haftada oluşur. Ekokardiografi de false anevrizma ile bitişik normal miyokard arasında, endokardiuma ait görüntünün ani kaybı, sol ventrikül serbest duvarı ile irtibatlı genelde dar boyunlu bir kese ve içinde organize trombüs, bazende lokalize perikardiyal effu/yon şeklinde saptanır (8). Kalb kateterizasyonu tanıyı kesinleştirir ancak daha çok koroner arter anatomisini bilmek için gereklidir.

Olgumuzda muhtemelen iki yıl önce angina pectoris ile koroner arter hastalığı başlamış, üç ay önce miyokard infarktüsü geçirmiş ve bunun mekanik komplikasyonu olarak da subakut false anevrizma ile interventriküler septum rüptürü gelişmişti. Başlangıçla şans olarak, kanama yavaş olmuş ve lokalizasyonu itibarıyla kalb tamponadı yapmamıştı. Preoperatuar sol ventrikül inferior duvar yapışıklıklarının görülmesi de bunu destekledi. Gerek sol ventrikül serbest duvar rüplürünün ve ventriküler septal defektinin medikal tedaviye yanıtız kalması ve gerekse komplikasyonun progresyonun göstermesi ile hemodinamik durumu bozulup semptomatik hale gelince hasta müracaat etmişti.

False anevrizmalarda rüptür olmaya eğilim yüzünden semptomatolojisine bakılmaksızın,

primer rekonstrüksiyon ile birlikte nekrotik ve rüptüre olmuş miyokardın erken rezeksiyonu önerilmektedir (2,4,6,10). Olgumuzun durumu efektif medikal tedavi ile kısmen stabilleşince, kontrast sol ventrikülografi ve koroner anjiyografi yapılarak, geciktirilmeden operasyona verildi. False anevrizma rezeksiyonu ve primer rekonstrüksiyon ile birlikte ventriküler septum defekli tamir edildi. Sol ventrikül serbest duvar rüplürü veya ventriküler septal defekl olgularında, cerrahî mortalité %40-90 arasında bildirilmektedir (4). Olgumuzdaki rüptürün inferior duvarda ve subakut gelişerek pseudoanevrizma ile sonlanması, akiz ventriküler septal defekline rağmen operasyon sonucunun tam başarılı olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Sonuç; sol ventrikül pseudoanevrizmalarında prognozu erken tanı ve uygun tedavi belirler. Şüpheli hastalarda tanı non-invaziv olarak iki boyutlu ekokardiografi ile konulabilir ve efektif medikal tedavi ile durumu kısmen stabilleşince erken kalb kateterizasyonu yaparak koroner arter anatomisi de aydınlatılıp uygun operasyonu gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bates KJ, Beutler S, Reskekov 1., Anagnostopoulos CF.: **Cardiac rupture-challenge in diagnosis and management** Am J Cardiol 1977, 40: 429-37.
2. Feneley MP, Chang VP, O'Rourke MP: **Mycardial rupture after acute myocardial infarction: ten-year review.** Br Heart J 1983,49:550-6
3. Vroom RIAF: **Mycardial rupture after acute myocardial infarction,** Br Heart J 1984,51: 98.
4. Pasternak RC, Braunwald 13, Sobel BO: **Acute myocardial infarction.** In: Braunwald 13ed. Heart Disease. Philadelphia Ixmdon 1988, 1281-1285.
5. Chandranalna PAN, Imaizumi T Pitha JV, Nanna M, Aronow WS: **Prolonged survival after cardiac rupture following myocardial infarction.** Chest 1982, 81: 643-4.
6. Coma-Canelia I, Ixipez-Sendon J, Gonzalez LN, Ferrufino O: **Subacute left ventricular free wall rupture following acute myocardial infarction: bedside hemodynamics, differential diagnosis, and treatment.** Am Heart J 1983, 106: 278-84.
7. Greenber MA, Givler B: **Left ventricular rupture in a patient with coexisting right ventricular infarction.** N Engl J Med 1983, 309:538-42.
8. Ba'albaki HA, Clements SD: **Left ventricular aneurysm: A review.** Clin. Cardiol. 1989,12: 5-13.
9. Keller HK, Genth K, Schlauch D, Saggau W, Stegaru B, Buss J, Ieene DL: **Subacute left ventricular free wall rupture with false aneurysm visualized by two-dimensional echocardiography.** Am Heart J 1987,114: 170-2.
10. Vloderz, Coe JI, Ldvards JE: **True and false left ventricular aneurysms: Propensity for the latter to rupture.** Circulation 1975, 51: 567.