

Retrograd Yayılım Gösteren Bir Spontan Koroner Arter Diseksiyonu Olgusu

CASE REPORT OF A SPONTANEOUS CORONARY
ARTERY DISSECTION WITH RETROGRAD EVOLUTION

Ender ÖRNEK*, Olcay SAĞKAN", Kazım KORKMAZ***, Osman YEŞİLDAĞ'

Uz.Dr.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD,
Prof.Dr.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD,

* Dr.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD,

** Doç.Dr.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, SAMSUN

ÖZET

Koroner arterlerin spontan diseksiyonu myokardiyal kemi ve infarktüsün az rastlanılan bir nedenidir. Normal risk gruplarının dışındaki ya da genç hastalardaki myokard infarktüsünde olası bir koroner diseksiyonun varlığı araştırılmalıdır.

Bu makalede geçirilmiş inferior myokard infarktüsü olan ve anjiyografik olarak sağ koroner arterinde retrograd yayılım gösteren uzun spiral spontan koroner diseksiyon saptadığımız 66 yaşındaki bir kadın hasta sunulmakta ve spontan koroner arter diseksiyonunun etyolojisi, patogenezi, klinik özellikleri, optimal tedavisi ve değerlendirilmesi konuları tartışılmaktadır.

•nahtar Kelimeler: Koroner diseksiyon, Spontan diseksiyon, Myokard infarktüsü

' Klin Kardiyoloji 1996, 9:123-125

SUMMARY

Spontaneous dissection of the coronary arteries is a rare cause of myocardial ischemia and infarction. Myocardial infarction in patients outside of normal risk group or in young patients should be searched diligently for a possible coronary dissection.

In this article we present a 66-years old woman with previous inferior myocardial infarction whose selective right coronary arteriography showed a long, spiral spontaneous coronary artery dissection with retrograd evolution and we discuss the etiology, pathogenesis, clinical features, optimal treatment and evolution of this rare clinical entity.

Key Words: Coronary dissection, Spontaneous dissection, Myocardial infarction

T Klin J Cardiol 1996, 9:1*23-125

Koroner arterin spontan diseksiyonuna oldukça nadir rastlanılır. İlk kez Pretty tarafından 1931 yılında göğüs ağrısı olan 42 yaşındaki bir kadın hastanın otopsi bulgusu olarak tanımlanmıştır (1). Bu orijinal rapordan sonra İngilizce literatürde 129 olgu yayınlanmıştır (2). r'ayınlanan olguların %69'unda tanı postmortem konmuştur. Kadınlarda %84 oranında sol koroner sistem, srkeklerde ise %67 oranında sağ koroner sistem daha sık tutulmaktadır (3).

Bu makalede sağ koroner arterinde uzun, spiral spontan koroner arter diseksiyonu saptadığımız 66 yaşındaki bir kadın hasta sunulmakta ve spontan koroner diseksiyonun etyolojisi, patogenezi, optimal tedavisi ve değerlendirilmesi konuları tartışılmaktadır.

3eliş Tarihi: 7.12.1995

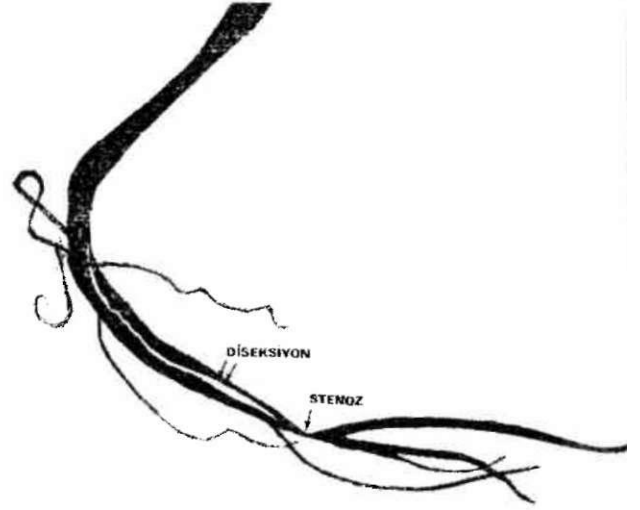
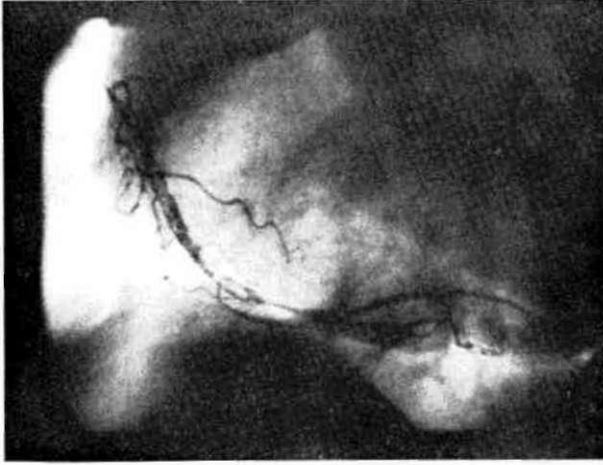
Cazışma Adresi: Dr.Ender ÖRNEK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD,
55139 Kurupelit, SAMSUN

OLGU SUNUMU

Nefes darlığı ve çarpıntı yakınmalarıyla kliniğimize başvuran 66 yaşındaki dört çocuklu ev hanımı hastanın öyküsünden iki yıldır iki kat merdiven çıkmasını engelleyen efor dispnesi ve çarpıntı yakınmalarının olduğu öğrenildi. Ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne yoktu. Dört yıl kadar önce uzun süren şiddetli bir göğüs ağrısı olduğunu ancak tıbbi inceleme yapılmadığını, o zamandan bu yana eforla ilişkisiz 10-20 dakika süren haftada birkaç kez göğüs ve sırtında ağrılar olduğunu belirtti. Sigara içmiyordu. Kan basıncı genellikle 140/80 mmHg, en çok 190/90 mmHg bulunmaktaydı. Göğüs travması öyküsü yoktu. Soygeçmişinde erken koroner arter hastalığı yoktu.

Fizik muayenesinde genel durumu iyi idi. Kan basıncı 140/80 mmHg, kalp hızı dakikada 82 ve düzensiz, apikal ve mezokardiyak odaklarda 2. derecede sistolik üfürüm saptandı. S3 yoktu. Akciğerlerde staz, peribiyal ödem, boyunda venöz dolgunluk saptanmadı.

Laboratuvar incelemelerinde tüm biyokimyasal tetkikleri kolesterol ve trigliserid dahil normal idi. Telerad-



Şekil 1. Sağ koroner arter 1/3 proksimal ve 1/3 distali arasında uzun, spiral spontan koroner arter diseksiyonu, 1/3 distalde %90 stenoz (Sol ön oblik pozisyon).

yogram normaldi. EKG'de atriyal fibrilasyon, sık ventriküller erken atımlar, Dili, aVF'de QS, T negatifliği, pre-kordiyal nonspesifik ST-T değişiklikleri vardı. Ekokardiyografide 2. derece mitral ve triküspit yetersizliği, inferior hipokinezi, mitral anüler kalsifikasyon, sol atrium dilatasyonu (45 mm) saptandı. Ejeksiyon fraksiyonu %59 idi. Kalp kateterizasyonunda selektif koroner anjiyografide sağ koroner arterin 1/3 proksimal ve 1/3 distali arasında uzun spiral bir diseksiyon (NHLBI sınıflandırmasına göre tip D (4), distal 1/3'de %90 stenoz (Şekil 1a,b), diğer koroner arterler normal bulundu. Sol ventrikülografide posterobazal anevrizma ve 2. derece mitral yetersizliği saptandı. Diyastol sonu basıncı 14 mmHg idi. Spontan koroner arter diseksiyonu ve geçirilmiş inferlor myokard infarktüsü tanıları konulan hasta nitrat, diltiazem ve asetilsalisilik asit tedavisi verilerek taburcu edildi. Altı aydır hasta sorunsuz seyretmektedir.

TARTIŞMA

Koroner arter diseksiyonu anjiyografik olarak damarı yalancı ve gerçek lümen olarak ayıran radyolüsen bir hattın varlığında tanımlanır. Koroner diseksiyona yol açan nedenler arasında aortik diseksiyonun koroner arterlere yayılması, kardiyak kateterizasyonda intimanın travmatik zedelenmesi (5,6), göğüs travması (7,8), kalp cerrahisi (9), koroner arter anjiyoplastisi yer almaktadır (10,11). Bu ikincil nedenler dışlandıktan sonra spontan diseksiyon tanısı konulabilir.

Kliniğimizde Mayıs 1991-Mayıs 1995 arasında 1438 adet koroner anjiyografi yapılmış ve bir olguda spontan koroner diseksiyonuna rastlanmıştır (%0.7). Jorgensen ve ark 1983 ve 1990 yılları arasında 17000 kardiyak kateterizasyonda bir spontan diseksiyon olgusuna rastlamışken (%0.06), 1990-1993 yılları arasında 9852 kateterizasyon arasında 10 olguda birden rastlayarak (%0.10) bu antitenin sıklığında önemli bir artış

gözlemlediklerini bildirmişlerdir. Bu olgularda belirgin bir kolaylaştırıcı neden saptayamamışlar; fakat diseksiyon nedenlerine ilişkin detaylı bir epidemiyolojik çalışmayı başlatmışlardır (3).

Spontan koroner diseksiyonun nedeni iyi bilinmemektedir. Bizim olgumuza benzer olarak olguların çoğunda koroner arter hastalığı risk faktörleri yoktur (12). Gebelik, oral kontraseptif kullanımı, Marfan sendromu, vazovazorumda hemoraji, periadventisiyel inflamasyon olası nedenler olarak ileri sürülmüştür (13-18).

De Maio'nun derlemesinde spontan koroner diseksiyonlu olgular üç gruba ayrılmıştır; aterosklerotik koroner arter hastalığıyla birlikte olanlar, gebeler (postpartum) ve tanımlanmış nedensel faktör bulunmayanlar (19). Sunduğumuz olgu ilk gruba girmekle birlikte distaldeki plaktan kan akımının tersi yönde retrograd bir diseksiyonun nasıl olabileceğini açıklamak oldukça güçtür. Bu nedenle sağ koronerin distalinde görülen bir plaktan koronerin proksimaline kadar uzanan geniş bir diseksiyonun saptanması, nadir olması nedeni ile olgumuzun özelliği olduğunu düşündürmektedir. Literatürde yalnızca bir olguda diseksiyon retrograd olarak yayılma göstermiştir (2).

Anjiyografik olarak diseksiyonun çeşitli tanısal bulguları vardır. Bu bulgular bazen müphem olabilir ve multipl görüntülenmeyi gerektirebilir. Bazı olgularda bizim olgumuzdaki gibi damarın gerçek ve yalancı tümenini ayıran radyolüsen bir hat gözlenir. Bu hat medianın iç kısmı ve intımayı temsil eder. Bazen yalancı lümen damardan sonra sakküler bir alan biçiminde gözlenebilir. Diseke damarın yalancı kanalından kontrast maddenin temizlenmesinde gecikme gözlenebilir. Yalancı lümenin gerçek lümenine basısı sonucu damar çapı değişebilir. Yalancı lümeden akım olmazsa bu stenotik bir arter segmenti görünümüne neden olabilir ve diseksiyon tanısı ancak otopside ya da cerrahi işlem sırasında

a konabilir. Literatürde bir olguda anjiyografiyle tanının iüphem kalması üzerine intravasküler ultrasound ve itrakoroner Doppler ile spontan koroner diseksiyon taısı kesinleştirilmiştir (20).

Klinik olarak spontan koroner diseksiyonu semp-3m bulunmaması da dahil olmak üzere koroner arter lastalığının tüm bulgularını sergileyebilir. Klinik tablo diseksiyonun yerleşimi ve yaygınlığına dolayısıyla myo:ardiyal iskemi derecesine bağlıdır. Aterosklerozun ol-nadığı bazı olgularda regresyon gözlenmiştir (21,22). tegresyon intimai flepin distal ucunun rüptürü ya da dalancı lümenin komplet trombozuna bağlı olabilir. Ön-;eki yayınlarda %80'in üzerinde mortalité bildirilmektey-
-en son yayınlarda agresif tedavi sonucu hastaların iz-
eminde mortalité olmadığı, anjiyografik izlemlerde de
Jiseksiyonun ilerlemediği bildirilmektedir (2,3,21,22).
Sunduğumuz olgudakinin aksine spontan koroner di-
seksiyona kadınlarda sol ön inen arterde, erkeklerde
sağ koroner arterde daha sık rastlanmaktadır ve kadın-
arda çok damar diseksiyonu daha sıktır (23,24). Bu-
lun nedeni açıklanamamaktadır.

Spontan koroner diseksiyonlu tüm olguların tedavi-
sinde eskiden koroner arter bypass cerrahisi öneril-
mekteydi (12). Ancak bu hastalarda diseke arterin
greftlenmesindeki zorluk gözönüne alınarak ameliyat
karan dikkatlice verilmektedir. Günümüzde kabul gören
yaklaşımına göre bu hastaların tedavisinde agresif tıbbi
tedavi öncelikle seçilmekte ve maksimal tıbbi tedaviye
rağmen refrakter semptomların varlığında cerrahi seçe-
neği öne alınmaktadır (19).

Sonuç olarak spontan koroner diseksiyonu myokar-
diyal iskemi ve infarktüsün, ani ölümün, varyant anjinanın
ve kardiyak tamponatın az rastlanılan bir nedenidir
(25,26). Normal risk gruplarının dışındaki ya da genç has-
talardaki myokard infarktüsünde olası bir koroner disek-
siyonun varlığı araştırılmalıdır. Koroner diseksiyonlu has-
taların tedavisinde öncelikle maksimal tıbbi tedavi denen-
meli, başarısız kaldığında cerrahiye başvurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pretty HC. Dissecting aneurysm of coronary artery in a woman aged 42: rupture. *Br Med J* 1931; 1:667.
2. Pita PJ, Gonzales NV, Alvarez LP, Rodriguez JMV, Belras AC. Spontaneous coronary artery dissection. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994; 32:27-32.
3. Jorgensen MB, Aharonian V, Mansukhani P, Mahrer P. Spontaneous coronary dissection: a cluster of cases with this rare finding. *Am Heart J* 1994; 127:1382-87.
4. Popma JJ, Bashore TM. Qualitative and quantitative angiography. In: Topol EJ, ed. *Textbook of interventional cardiology*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1994: 1060.
5. Guss SB, Zir LM, Garrison HB, Daggett WM, Block PC, Dinsmore RE. Coronary occlusion during coronary angiography. *Circulation* 1975; 52:1063-68.
6. Morise AP, Hardin NJ, Bavul G. Coronary artery dissection secondary to coronary arteriography: presentation of three cases and review of literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1981; 7:283-96.
7. Goulah RD, Rose MR, Strober M, Haft JI. Coronary dissection following chest trauma with systemic emboli. *Chest* 1988; 93:887.
8. Boland J, Limet R, Trotteur G, Legrand V, Kulbertus H. Left main coronary dissection after mild chest trauma. *Chest* 1988; 93:213-4.
9. Bulkly BH, Noberts WC. Dissecting aneurysm limited to coronary artery. *Am J Med* 1973; 55:747-56.
10. Noveck HD, Klein LW, Kramer B, Abi-Mansour P, Rosenblum J, Lesch M. Balloon dilatation of symptomatic subacute intimal dissection presenting a restenosis. *Am J Cardiol* 1989; 64:980-4.
11. Block PC, Myler RK, Stertzer S, Fallon JT. Morphology after transluminal angioplasty in human beings. *N Engl J Med* 1981; 305:382-5.
12. Thayer JO, Healy RW, Maggs PR. Spontaneous coronary dissection. *Ann Thorac Surg* 1987; 44:97-102.
13. Hartman JD, Eftychi adis AS. Medical smooth muscle lesions and dissection of the aorta and muscular arteries. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:50-61.
14. Rabinowitz M, Virmani R, Mc Allister HA. Spontaneous coronary artery dissection and eosinophilic inflammation: a cause and effect relationship. *Am J Med* 1982; 72:923-8.
15. Virmani R, Forman MB, Rabinowitz M, Mc Allister HA. Coronary artery dissections. *Cardiol Clin* 1984; 4:633-46.
16. Nishikawa H, Nakanishi S, Nishiyama S, Nishimura S, Seki A, Yamaguchi H. Primary coronary artery dissection observed at coronary angiography. *Am J Cardiol* 1988; 61:645-8.
17. Smith JC. Dissecting aneurysms of coronary arteries. *Arch Pathol Lab Med* 1975; 99:117-21.
18. Gore I, Hirst AE. Dissecting aneurysm of the aorta. *Cardiovasc Clin* 1973; 5:239-60.
19. De Maio SJ, Kinsella SH, Silverman MK. Clinical course and long-term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989; 64:471-4.
20. Kearney P, Erbel R, Ge J, et al. Assessment of spontaneous coronary artery dissection by intravascular ultrasound in a patient with unstable angina. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994; 32:58-61.
21. Montagne O, Pockmauku G, Jan F, et al. Primary isolated dissection of the left anterior descending coronary artery. *Arch Mai Coeur Vaiss* 1992; 8:245-80.
22. Himbert D, Makowski S, Leperche G, Jubard JM, Gourgon P. Left main coronary spontaneous dissection progressive angiographic healing without coronary surgery. *Am Heart J* 1991; 122:1757-59.
23. Vacek JL, Pheux S, Dunn M. Spontaneous dissection of the left anterior descending coronary artery in a male with survival. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1987; 13:117-20.
24. Franc HC, Mac Millan RM, Kimburis D. Coronary artery dissection. A case report. *Angiology* 1990; 41:884-7.
25. Mark DB, Kong Y, Whalen RE. Variant angina and spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1985; 56:485-6.
26. Ebe K, Nagai T, Wakiya Y, Igarashi T. Sudden death presenting cardiac tamponade in a case of coronary dissection, Kokyn to Junkan. *Respiration & Circulation* 1992; 40:403-6.