

Kawasaki Sendromuna Bağlı Dev Koroner Arter Anevrizması

Giant Coronary Artery Aneurysm in Kawasaki Syndrome: Case Report

Aydın Rodi TOSU,^a
Mustafa Kemal AVŞAR,^a
Murat SELÇUK,^a
Can Baba ARIN,^a
Şerafettin DEMİR^b

^aKardiyoloji Kliniği,
Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Van

^bKardiyoloji Kliniği,
Adana Devlet Hastanesi, Adana

Geliş Tarihi/Received: 17.03.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 12.09.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Şerafettin DEMİR
Adana Devlet Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği, Adana,
TÜRKİYE/TURKEY
demirkardiyoloji@hotmail.com

ÖZET Koroner arter ektazileri ve anevrizmaları nadir görülen doğuştan veya edinsel koroner anomaliler olup, koroner arter genişlemesinin farklı derecelerini ifade ederler. Etiyolojisi aydınlanmamış olmakla birlikte, genellikle koroner aterosklerozun bir varyantı olduğu düşünülmektedir; ancak, olguların önemli bir kısmı da ateroskleroz dışı inflamatuvar hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları ve doğuştan hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Etiyolojik faktörler arasında Kawasaki hastalığı da yer almaktadır. Kawasaki hastalığında morbidite ve ölüm, kardiyovasküler sistem tutulumu nedeniyle olmaktadır. Akut fazda tedavisiz bırakılan hastaların %25'inde koroner anevrizma meydana gelmektedir. Çalışmamızda, çocukluk çağında Kawasaki hastalığı tanısı alan ve yapılan koroner anjiyografisinde, koroner arterlerinde dev ektazik ve anevrizmatik tutulumu olan bir olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Koroner anevrizma; mukokutanöz lenf nodu sendromu; koroner anjiyografi

ABSTRACT Coronary artery ectasias and aneurysms are rare congenital or acquired coronary anomalies which describe different degrees of coronary artery dilatations. Its etiology is not clear. It is usually considered to be a variant of coronary atherosclerosis; however, a significant number of cases have been associated with conditions other than atherosclerosis, such as inflammatory disease, connective tissue disease, or a congenital disorder. The Kawasaki disease is among the aetiological factors of these conditions. Morbidity and mortality in Kawasaki disease are due to cardiovascular system involvement. Coronary aneurysm develops in 25% of the patients left untreated in the acute phase. This case report presents a patient who had the Kawasaki disease in his childhood and was diagnosed with ectasia and a giant aneurysm in his coronary arteries during the coronary angiography.

Key Words: Coronary aneurysm; mucocutaneous lymph node syndrome; coronary angiography

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2014;22(2):104-6

Koroner arter anevrizması ve ektazileri, koroner arterlerin anormal düzeyde genişlemesi ile karakterizedir. Ektazi terimi koroner bir arterin difüz genişlemesi için kullanılırken, anevrizma damarın fokal dilatasyonunu ifade eder.¹ Genç yetişkinlerde (40 yaş altı) koroner arter hastalığı genellikle hiperlipidemi, sigara kullanımı, Tip 1 diabetes mellitus, hipertansiyon, güçlü aile hikâyesi vb. gibi çoklu hazırlayıcı faktörler bulunan hastalarda izlenir. Hazırlayıcı faktörlerin bulunmadığı hallerde diğer nedenler, özellikle de mukokutanöz lenf nodu sendromu [Kawasaki hastalığı (KH)] düşünülmelidir.²⁻⁴ Kawasaki hastalığı, çocukluk çağının akut, kendini sınırlayan, sistemik inflamatuvar bir hastalıdır. Gelişmiş toplumlarda, ço-

çocuklardaki kazanılmış kalp hastalığının en önemli nedenidir. Hastalık sağlıklı çocukları etkileyerek, koroner arter anevrizması, miyokard infarktüsü ve ani ölüme neden olabilir.⁵ Bu yazıda,çocukluk çağında KH tanısı almış bir hastanın koroner anjiyografisinde koroner damarlarındaki dev anevrizmatik tutulum sunuldu.

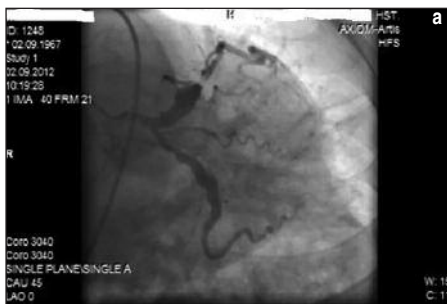
OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşında erkek hasta, üç haftadır eforla ortaya çıkan nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmaları ve son iki saattir istirahatte başlayan baskılayıcı göğüs ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Öz geçmişinde; 12 yaşında tekrarlayan ateş ve döküntü yakınmaları ile başvurduğu dış merkezde KH tanısı aldığı, 15 gün hastanede yatarak tedavi gördüğü hatırlayabildiği kadarıyla asetil salisilik tedavisi aldığı ve üç yıl boyunca düzenli kontrollere gittiği, bunun dışında bilinen bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde nabız 95 atım/dk ritmik, kan basıncı 135/90 mmHg idi. Her iki akciğer bazalinde düşük dereceli kreptan raller vardı. Ayrıca, apikal odakta 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Koroner yoğun bakımdaki elektrokardiyografisinde, standart derivasyonlarda DII, DIII ve AVF'de T negatifliği vardı. Transtorasik ekokardiyografide, hafif derecede mitral yetersizliği ve inferolateral duvarda hipokinezi olduğu saptandı. Modifiye Simpson yöntemi ile ejeksiyon fraksiyonu %50 olarak hesaplandı. Hastanın laboratuvar bulgularında troponin ve CK-MB değerleri normal olarak saptandı. Göğüs ağrısı devam eden hasta koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. Sol ve sağ 6F Judkins kateterlerle yapılan koroner anjiyografisinde koroner arterlerin dev anevrizmatik, ekta-

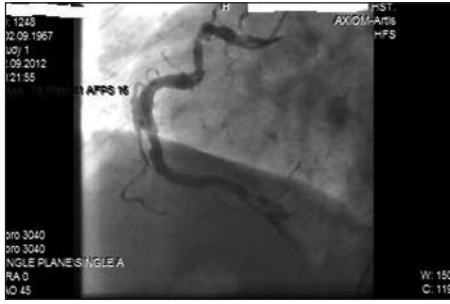
zik ve yaygın plaklı olduğu izlendi (Resim 1a, 1b). Sağ koroner arterin proksimalinde trombüs imajı izlendi (Resim 2). Hasta acil cerrahi uygulanmak üzere kalp damar cerrahisi kliniğine konsülte edildi ve hastaya koroner arter baypas greft operasyonu uygulandı.

TARTIŞMA

Koroner arter anevrizması gelişiminde çocukluk çağında rastlanan en sık neden KH'dir. KH en sık altı ay ile beş yaş arasında görülür, sistemik bir vaskülit olup, gelişmiş ülkelerde çocuklarda edinsel kalp hastalıklarının en önde gelen nedenidir. Chung ve ark., tüm KH'lerin başlangıçta %25'inde koroner arter anevrizması mevcutken birinci yıl sonunda bu oranın %7,5'e indiğini bildirmişlerdir.^{6,7} Çocuk hastalarda koroner arter anevrizması gelişiminin takibi için ekokardiyografi güvenilir bir yoldur. KH'ye bağlı gelişen koroner arter anevrizmalarında çocukluk döneminde cerrahi tedavi önerilmez. Medikal tedavide amaç tromboz-stenoz gibi komplikasyonları önlemek ve mümkünse anevrizmanın regresyonunu sağlamaktır. Bu amaçla, hastalığın seyrine göre düşük-yüksek doz asetil salisilik asit (ASA), intravenöz immünglobülin, steroid kullanılabilir.⁸ İntravenöz immünglobülin ve yüksek doz ASA tedavisinden sonra %3-5 oranında koroner anormallikler (ektazi, anevrizma) gelişir.⁹ Akut fazda gözlenen ektazi veya anevrizmaların %50'den fazlasında gerileme olur ve anjiyografik olarak normal hale gelir. Kawasaki hastalarında görülebilecek koroner ektazi ve anevrizmatik değişikliklerden vaskülit ve endojen nitrik oksitin kronik uyarısı sorumlu tutulmaktadır.^{9,10}



RESİM 1a,b: Hastanın koroner anjiyografisi.



RESİM 2: Sağ koroner arterde trombüs imajı.

Takahashi ve ark., koroner arter anevrizmalarında görülen gerilemenin, bir yaşın altındaki vakalarda, daha ileri yaş grubuna göre, kızlarda erkeklere göre ve fuziform anevrizmalarda saküler lezyonlara göre daha fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir.¹⁰ Bunun yanı sıra 8 mm'den büyük ve birden fazla anevrizmaların risk faktörleri olduğu belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında olgumuz yüksek risk grubuna girmektedir.

Koroner anjiyografi, koroner arter anevrizmalarının yaygınlığının ve eşlik eden koroner arter

stenozlarının tespitinde oldukça önemlidir. KH'de anevrizma oluşumu, sol koroner arterde sağa göre, koronerlerin proksimallerinde distallere göre daha fazla görülmektedir.¹¹ Sol koronerin sirkümfleks dalı nadiren etkilenir.¹² Olgumuzda sirkümfleks arter tutulumu dâhil olmak üzere bütün koroner arterlerde yaygın anevrizmatik tutulum mevcuttu. Cerrahi tedavi, dev koroner arter anevrizması olan, tıbbi tedaviye yanıt vermeyen ve takipte koroner arter ektazisi gerilemeyen hastalarda düşünülmelidir.¹³ Olgumuzda da koroner arterlerde geniş anevrizma, multipl darlık ve trombüs bulunduğu için hastaya acil cerrahi tedavi kararı alındı.

Sonuç olarak, KH nadir görülmekle birlikte hastalığın klasik klinik bulguları iyi tanınmalı, hastaların akut dönemde tanı alması sağlanıp zamanında kombine tedavi verilmelidir. Sebati eden geniş koroner arter dilatasyonlarında ve koroner trombüs varlığında miyokardiyal hasar oluşmadan cerrahi tedavi seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Bajolle F, Laux D. [Kawasaki disease: what you need to know]. *Arch Pediatr* 2012;19(11):1264-8.
- Farmer JA, Gotto AM Jr. Dyslipidemia and other risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E, ed. *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997. p.1126-160.
- Leung DY. Kawasaki disease. *Curr Opin Rheumatol* 1993;5(1):41-50.
- Shirai N, Kubo Y, Ueda M, Inoue T. [Coronary lesions in Kawasaki disease]. *Nihon Rinsho* 2011;69(Suppl 9):536-9.
- Rowley AH, Shulman ST. Pathogenesis and management of Kawasaki disease. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2010;8(2):197-203.
- Dajani AS, Taubert KA, Gerber MA, Shulman ST, Ferrieri P, Freed M, et al. Diagnosis and therapy of Kawasaki disease in children. *Circulation* 1993;87(5):1776-80.
- Chung KJ, Fulton DR, Lapp R, Spector S, Sahn DJ. One-year follow-up of cardiac and coronary artery disease in infants and children with Kawasaki disease. *Am Heart J* 1988;115(6):1263-7.
- Furusho K, Kamiya T, Nakano H, Kiyosawa N, Shinomiya K, Hayashidera T, et al. High-dose intravenous gammaglobulin for Kawasaki disease. *Lancet* 1984;2(8411):1055-8.
- Newburger JW, Takahashi M, Beiser AS, Burns JC, Bastian J, Chung KJ, et al. A single intravenous infusion of gamma globulin as compared with four infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome. *N Engl J Med* 1991;324(23):1633-9.
- Kato H, Sugimura T, Akagi T, Sato N, Hashino K, Maeno Y, et al. Long-term consequences of Kawasaki disease. A 10- to 21-year follow-up study of 594 patients. *Circulation* 1996;94(6):1379-85.
- Kuribayashi S, Ootaki M, Tsuji M, Matsuyama S, Iwasaki H, Oota T. Coronary angiographic abnormalities in mucocutaneous lymph node syndrome: acute findings and long-term follow-up. *Radiology* 1989;172(3):629-33.
- Taylor JFN. Kawasaki's disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;294(6580):1112-3.
- Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki syndrome. *Pediatr Clin North Am* 1999;46(2):313-29.