

Miyokard İnfarktüsüne Sekonder Sol Ventrikül Anevrizmasının Eşlik Ettiği Kalsifik Aort Darlığı Olgusu

A CASE OF CALCIFIC AORTIC VALVE STENOSIS ACCOMPANIED WITH LEFT VENTRICULAR ANEURYSM SECONDARY TO MYOCARDIAL INFARCTION: CASE REPORT

Dr. Hamza DUYGU,^a Dr. Cemil GÜRGÜN,^a Dr. Oğuz YAVUZGİL,^a Dr. Ümit ERTÜRK^a

^aKardiyoloji AD, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İZMİR

Özet

Koroner arter hastalığı ve kalsifik aort darlığı yaşlı hastalarda en sık görülen kardiyak sorunlardan biridir. Koroner arter bypass cerrahisi yapılacak hastalara aynı operasyonda aortik kapak replasmanının gerekli olup olmadığına karar vermek oldukça önemlidir. Çünkü koroner bypass cerrahisine aortik kapak replasmanı eklendiğinde operasyon mortalitesi artar. Ciddi aort darlıklı olgulara koroner bypass cerrahisi ile eş zamanlı kapak replasmanı önerilirken, hafif-orta dereceli darlıkta kapak replasmanı tartışmalıdır. Bu makalede anterior miyokard infarktüsü sonrası sol ventrikülde anevrizma gelişen dejeneratif aort darlıklı olgu tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Aort darlığı, koroner arter hastalığı, sol ventrikül, anevrizma

Abstract

Coronary artery disease and calcific aortic valve stenosis are one of the most observed cardiac problems in elderly patients. It is quite important to decide whether or not aortic valve replacement is necessary at the same operation in patients who will performed to coronary bypass operation. Because, the mortality of operation increases when aortic valve replacement added to coronary bypass surgery. While valve replacement is suggested to severe aortic valve stenosis in the same period with coronary bypass surgery, valve replacement is controversial in mild to moderate valve stenosis. In this article, a case with degenerative aortic valve stenosis who developed left ventricular aneurysm after anterior myocardial infarction was discussed.

Key Words: Aortic stenosis, coronary artery disease, left ventricle, aneurysm

Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2006, 18:150-152

İki ay önce anterior miyokard infarktüsü sonrası LAD'ye primer anjiyoplasti ve stent uygulanan 76 yaşında kadın hasta son 1 aydır devam eden, minimal eforla gelen ve geceleri uykudan uyandıran nefes darlığı (NYHA klas 3-4), halsizlik, yorgunluk yakınmaları ile kliniğimize başvurarak yatırıldı. Olguda 25 yıldır tip 2 Diabetes Mellitus, esansiyel hipertansiyon ve dislipidemi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 110/dk. ritmik olup, kardiyak oskültasyonda S3 gallop, aort odağında her iki karotise yayılan 2/6 şiddetinde sistolik ejeksiyon

üfürümü ve ikinci kalp sesinin A2 komponenti zayıf olarak duyulmaktaydı. Akciğer oskültasyonunda bilateral baziler krepitan raller mevcuttu. EKG'de sinüzal taşikardi, V1-4'de QS dalgası ve ST segment elevasyonu, V1-6 ile D1-AVL'de T dalga negatifliği saptandı. Laboratuvar bulguları hafif kronik hastalık anemisiyle uyumlu normositer normokromik anemi (Hemoglobin=11,3 gr/dl, hematokrit %35) dışında normaldi. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül ön duvarında hipokinezi, anteroapikal anevrizma, orta dereceli aort darlığı (maksimum/ortalama gradiyent: 62/38 mmHg, pik aortik velosite 3.9 m/sn), 2° triküspit yetersizliği, 1° mitral yetersizliği ile sistolik pulmoner arter basıncı 60 mmHg ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (SVEF) %34 olarak bulundu. Hastada SVEF'nin düşük olması ve aort darlığı nedeniyle orta derecede pulmoner hipertansiyon

Geliş Tarihi/Received: 17.02.2005

Kabul Tarihi/Accepted: 05.08.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Hamza DUYGU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji AD, 35100, Bornova, İZMİR
hamzakard@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

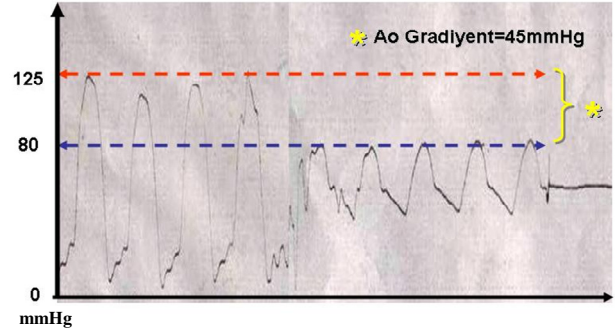
mevcuttu. Hasta dekompanse kalp yetersizliği kliniği ile yatırılarak santral venöz basınç ve intraarteriyel basınç ışığında parenteral diüretik (İV furosemid) tedavisine başlandı. Aort darlığı nedeniyle önyükü aşırı düşürmemek için nitrat verilmedi, ACE-I ise düşük dozda başlandı. Medikal tedavi ile semptomları gerileyen hastaya sol ventrikül anevrizması ve aort darlığı nedeniyle cerrahi planlanarak operasyon öncesi sol kalp kateterizasyonu yapıldı (Şekil 1). Koroner anjiyografide RCA'da %80, Cx'de %70 lezyon saptandı, LAD'deki stent açıldı ve yavaş akım mevcuttu. Kateterizasyon sırasında aortik transvalvüler basınç gradiyenti 45 mmHg, sol ventrikül diyastol sonu basıncı ise 20 mmHg bulundu (Şekil 2). Hastaya koroner arter bypass greftleme (KABG) +anevrizmektomi+aortik valv replasmanı planlanarak kalp damar cerrahisine verildi. Operasyonda 21 no St. Jude mekanik aort protez kapağı, Jaten anevrizmektomi+ikili safen bypass uygulanarak şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Kalsifik aort darlığı yaşlı hastalarda en sık rastlanan kapak lezyonu olup, 75 yaş üzerinde



Şekil 1. Sağ oblik pozisyondan çekilen sol ventrikülografide anteroapikal anevrizmanın görünümü.



Şekil 2. Aortik transvalvüler basınç gradiyenti.

uygulanan aort kapak replasmanlarının %90'nın nedenidir.¹ Günümüzde aortik kapak sklerozu vasküler aterosklerozun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.² Koroner arter hastalığı (KAH) ve kalsifik aort darlığı yaşlılarda sık karşılaşılan sorunlardandır. Elli yaş üzerinde dejeneratif aort darlığı saptanan hastalara büyük bir oranda KAH da eşlik etmektedir.³ Bizim olgumuzda da olduğu gibi KAH nedeniyle ejeksiyon fraksiyonu (EF) düşük olan hastalarda, aort darlığına bağlı sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonunun da katkısıyla kalp yetersizliği şiddetinde ve akut akciğer ödemi sıklığında artış olmaktadır. Ayrıca aort darlığı, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda sol ventrikül içi basıncını arttırdığı için bizim olgumuzda da olduğu gibi sol ventrikülde anevrizma (SVA) gelişimi için uygun bir zemin oluşturabilir. SVA ve aort darlığı birlikteliğinde (özellikle düşük SVEF'lilerde) tıbbi tedaviye rağmen kalp yetersizliği atakları sık olmaktadır. Bu nedenle bu tür hastalarda cerrahi tedavi medikal tedaviye tercih edilebilir. Bu hastalardaki diğer önemli bir sorun da KABG'ye gidecek hafif-orta dereceli aort darlıklı olgularda aynı seansda kapak replasmanın gerekliyeceği konusudur. Asemptomatik aort darlıklı KABG uygulanacak hastalarda doppler ekokardiyografide aortik jet akım hızı >4 m/sn ise aort darlığına ait semptomların iki yıl içinde ortaya çıkabileceği düşünülerek aynı seansda aort kapak replasmanının da uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır.⁴ Asemptomatik aort darlıklı hastalarda ortalama gradiyent ≥ 40 mmHg ise profilaktik kapak replasmanı önerilmektedir.⁵ KAH nedeniyle düşük EF'li aort darlığı bulunan hastalarda kapak-

taki gradiyent yüksekliği ve kapak alanındaki azalma, EF düşük olduğu için gerçek değerinden daha düşük olarak hesaplanmaktadır. Bu durumda hasta KAH açısından stabilse dobutamin stress eko (DSE) önerilmektedir.⁶ Ancak bizim olgumuzda semptomatik oluşu, düşük SVEF'ye rağmen ekokardiyografide ortalama gradiyentin 38 mmHg oluşu ve cerrahi boyuttaki sol ventrikül anevrizması nedeniyle DSE yapılmasına gerek duyulmadı. KABG ve aort kapak replasmanın operasyon mortalitesi değişik serilerde %8-25 arasında değişmektedir.⁷ Aort darlığında eşlik eden semptomlar (göğüs ağrısı, senkop, kalp yetersizliği) ve ilave kardiyak patolojiler (KAH, anevrizma, aritmi, diğer kapak lezyonları) orta dereceli aort darlığında cerrahi tedavi stratejisini belirlemede yol göstericidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi orta dereceli aort darlığı olgularında kalp yetersizliği, ciddi koroner arter hastalığı ve sol ventrikül anevrizması beraberliğinde uygun tedavi stratejisi cerrahi tedavi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Robert WC. The senile cardiac calcification syndrome. *Am J Cardiol* 1986;58:572.
2. Poggianti E, Venneri L, Chubuchny V, Jambrik Z, Baroncini LA, Picano E. Aortic valve sclerosis is associated with systemic endothelial dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:136-41.
3. AC Fiore, MT Swartz, KS Naunheim, et al. Management of asymptomatic mild aortic stenosis during coronary artery operations. *Ann Thorac Surg* 1996;61:1693-8.
4. Otto CM, Burwash IG, Legger ME, et al. A prospective study of asymptomatic valvular aortic stenosis: Clinical, echocardiographic and exercise predictors of outcome. *Circulation* 1997;95:2262.
5. Karagounis A, Valencia O, Chandrasekaran V, Smith J, Brecker S, Jahangiri M. Management of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery with mild to moderate aortic stenosis. *J Heart Valve Dis* 2004;13:369-73.
6. DeFilippi CR, Willett DL, Brickner ME, et al. Usefulness of dobutamine echocardiography in distinguishing severe from nonsevere valvular aortic stenosis in patients with depressed left ventricular function and low transvalvular gradients. *Am J Cardiol* 1995;75:191-4.
7. Logeais Y, Langanay T, Roussin R, et al. Surgery for aortic stenosis in elderly patients. A study of surgical risk and predictive factors. *Circulation* 1994;90:2891.