

Sol Sinüs Valsalva Orijinli Sağ Koroner Arter Anomalisi ile Birlikte Non-Q Miyokard İnfarktüsü

Uzm. Dr. Levent Yıldırım

Dr. Esra Sarıbacak

Uzm. Dr. Zahide Şimşek

SSK Ankara Eğitim Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği

Özet

Aortik orijin anomalileri oldukça nadir görülen bir durumdur ve klinik önemi; miyokard infarktüsü, ani kardiyak ölüm ve anjiyaya sebep olmasından kaynaklanır. Miyokard infarktüsü geçiren genç hastalarda aortik orijin anomalisi olabileceği gözönünde bulundurulmalıdır.

Summary

Aortic origin abnormalities are rarely seen and their clinical importance is broad by the fact that they result in myocardial infarction, sudden cardiac death and angina. It should be kept in mind that young patients with myocardial infarction may have aortic origin abnormalities.

Giriş

Anormal aortik orijinli koroner arterlerin

sıklığı, yaklaşık %0.64'tür. Koroner arterlerin aortik orijin anomalisi; senkop, miyokard infarktüsü, anjinal tipte göğüs ağrısına neden olabilir. Bu semptomlar, koroner arter anomalisi bulunan hastalarda özellikle egzersizle birlikte görülür. İlk klinik semptom, ani kardiyak ölüm olabilir¹. Aşağıda sol sinüs valsalva çıkışlı sağ koroner arter ile birlikte görülen non-q miyokard infarktüsü olgusu sunulmuştur.

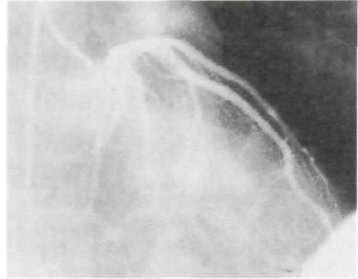
Olgu Sunumu

29 yaşında erkek hasta, iki yıldır özellikle eforla birlikte olan, dinlenmekle geçen ve son iki gündür de süreklilik gösteren prekordial bölgede baskı sıkışma tarzında, boyun ve kollara yayılan göğüs ağrısıyla kliniğimize kabul edildi. Hastanın fizik muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Elektrokardiyografisinde; normal sinüs rit-

mi, normal aks, 75/dk kalp hızı tespit edilirken, herhangi bir ST-T anomalisi tespit edilmedi. Birbirini takip eden üç gün süresince, CK-MB, SGOT ve LDH düzeyleri izlendi. Enzim sonuçları tablo I'de belirtilmiştir.

Ekokardiyografi bulguları; septum hafif hipokinetik, septoapikal bölge hipokinetik, sol ventrikül fonksiyonlar yeterliydi. Kapak yapı ve fonksiyonları normaldi. Renkli dopler ekokardiyografi ile yetmezlik bulgusu izlenmedi. Sağ boşluklar normal sınırlardaydı. LVIDD: 4,8 cm, EF: %54, LVIDS: 3,5 cm izlendi.

Bu bulgularla, hastada non-Q miyokard infarktüsü düşünüldü ve medikal tedaviye başlandı. Enzim seviyeleri normale döndükten ve semptomlar kaybolduktan sonra koroner anjiyografi yapıldı (şekil I). Koroner anjiyogra-



Şekil I. Sol sinüs valsalva orijinli sağ koroner arter

fide, anormal aortik orijinli sol sinüs valsalva anomalisi tespit edildi. Sağ koroner arter, sol koroner arter ve ana koronerde trombüs, plak veya tıkaçıcı lezyon tespit edilmedi.

Tablo I. Günlük enzim takip sonuçları

	CK-MB(0-41 u/l)	SGOT(0-38 u/l)	LDH(226-451 u/l)
1.gün	75	60	225
2.gün	90	120	600
3.gün	20	36	400

Tartışma

Koroner arterlerin aortik orijin anomalisi nadir görülür. Bu anomalinin önemi; göğüs ağrısı, miyokard infarktüsü, senkop ve ani kardiyak ölüme yol açmasıdır. Bu bulgular daha çok egzersizle birlikte ortaya çıkar. Egzersiz aort kökü ve pulmoner arterde genişlemeye neden olur. Bu durum, aort ve pulmoner arterlerin koroner arterlere dışardan basısına sebep olur². Aort ve pulmoner arter arasında yerleşimli sağ koroner arterin spazmına bağlı olarak miyokard infarktüsü geliştiği düşünülmüştür³. Bizim incelediğimiz vakada, uzun süreli spazma bağlı olarak miyokard infarktüsü geliştiği sonucuna vardık.

Kaynaklar:

1. Kimbiris D, Iskendarian AS, Segal BL, Bemis CE. Anomalous aortic origin of coronary arteries. *Circulation* 1978;58:606.
2. Brant B, Martins JB, Marcus ML. Anomalies origin of the right coronary artery from the left sinus of valsalva. *N Eng J Med* 1983; 309:596.
3. Ho JS, Strickman ME. Acute myocardial infarction and coronary spasm in a patient with an anomalous coronary artery from left sinus of valsalva. *Jpn Circ J* 2000 Aug; 64(8):641-39.