

Akut Miyokard İnfarktüsüne Bağlı Sol Ventrikül Serbest Duvarının Subakut Rüptürü Olgusu: Başarılı Cerrahi Tedavi

Y.Doç.Dr. Atiye ÇENGEL, Y.Doç.Dr. Mehmet METİN, Dr. Mehmet ALKAN,
Doç.Dr. Ali YENER, Prof.Dr. Övsev DÖRTLEMEZ, Prof.Dr. Halis DÖRTLEMEZ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Kardiyoloji Birimi, Ankara

ÖZET

Akut miyokard infarktüsünden sonra görülen sol ventrikül serbest duvarının rüptürleri genellikle kardiyak tamponad ve ani ölüme yol açar. Bazı durumlarda ise yapışık perikard dokuları ile sınırlandırılarak bir kese ya da yalancı anevrizma oluşumu ile sonlanır. Burada, akut miyokard infarktüsünden 5 hafta sonra, tedaviye dirençli bir perikardiyal efüzyonun varlığı nedeni ile sol ventrikül serbest duvarının rüptüründen şüphe edilen, ekokardiyografi ile yalancı anevrizma görünümü ya da rüptür yeri saptanamayan ve ancak sineventrikülografi ile tanı konularak cerrahi olarak sağıtılan bir subakut rüptür olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut miyokard infarktüsü, sol ventrikül rüptürü

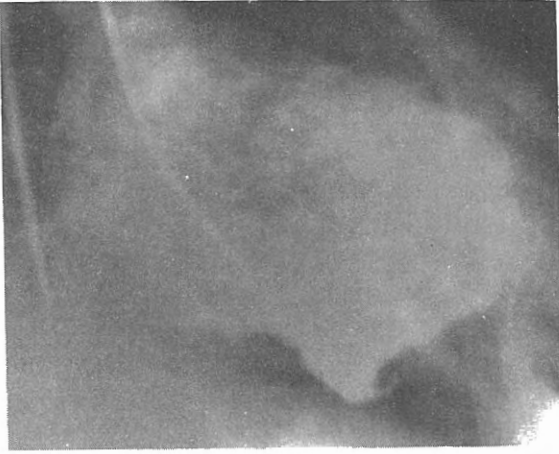
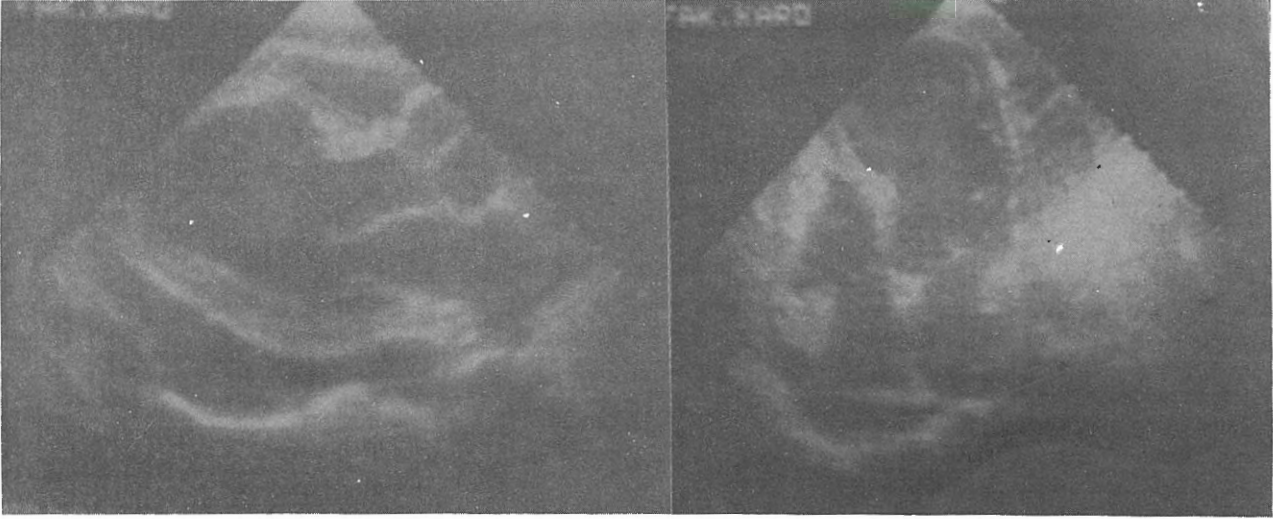
Akut miyokard infarktüsünü izleyen dönemde sol ventrikül serbest duvarının rüptürü genellikle kardiyak tamponada yol açarak hastanın ani ölümü ile sonlanır. Ancak bazı durumlarda perikard boşluğu içine olan kanama bir takım mekanizmalarla durdurulur, böylece bu komplikasyonun tanınması ve tedavisi için zaman kazanılmış olur. Bu olayların bir kısmında yapışık perikard dokuları hemoperikardiyumun sınırlı bir alanda toplanmasını sağlamakta, aynı zamanda da burada oluşan hematoma organize olarak ince duvarlı gergin bir kese ya da yalancı anevrizma görünümüne yol açmaktadır (1-3).

Burada, akut miyokard infarktüsünden 1 ay sonra, inatçı ve tedaviye dirençli göğüs ağrısı, perikardiyal frotman ve ekokardiyografide perikardiyal efüzyonun varlığı nedeni ile sol ventrikülün subakut rüptürü

ründen şüphe edilen, iki boyutlu ekokardiyografi ile yalancı anevrizma ya da rüptür yeri saptanamayan, ancak sol ventrikül sineanjiyografisi ile tanı konulabilen ve cerrahi olarak sağıtılabilen, sol ventrikül anevrizmasının da geliştiği duvar kesiminden köken alan bir subakut rüptür olgusu sunulmaktadır.

OLGU BİLDİRİSİ

Daha önce hiçbir yakınması olmayan 47 yaşında erkek hasta, hastanemize yatırılışından 1 ay önce, şiddetli göğüs ağrısı ve bayılma nedeni ile akut yaygın ön duvar miyokard infarktüsü tanısı konularak Urfa Sosyal Sigortalar Hastanesine yatırılmış. Orada yatığı 1 aylık sürede, kendi ifadesine göre göğüs ağrısı hiç geçmemiş ve bu nedenle hastanemize gönderilmiş. Bu 1 aylık yatışında hastanın bulguları ve kullandığı ilaçlar hakkında herhangi bir bilgi edinmek mümkün olmadı. Hastanemize 18.5.1989 tarihinde yatırılan hasta bu tarihte, sol prekordiyal bölgede lokalize, yayılım göstermeyen, devamlı, batma şeklinde ağrıdan yakınmakta idi. Yapılan fizik incelemesinde: kan basıncı 95/70 mmHg, nabız 100 dak. ritmik, ateş 36.7° C idi. Genel durumu orta, halsiz görünümlü idi. Hastada jugüler venöz dolgunluk saptanmadı. Akciğer muayene bulguları normal sınırlarda idi. Kalp sesleri taşikardik olup, mezokardiyak odakta perikardiyal frotman işitiliyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Çekilen ekokardiyografisinde geçirilmiş yaygın anteriyor ve yüksek lateral miyokard infarktüsü olup, ST segmenti V₃ ve V₄ derivasyonlarında izoelektrik hattan 10 mV' kadar yüksekti, diğer derivasyonlarda izoelektrik hatta inmişti. Telekardiyogramda kalbde global bir büyüme dışında özellik yoktu. Yapılan laboratuvar tetkikle-



Şekil 1. Ventrikül rupturu gelişen hastada iki-boyutlu eko kardiyogramlar (üstte) ve kontrast ventrikülografi (altta).

rinde Hb % 11.6 gr, beyaz küre 13.300/mm³, sedimentasyon hızı 78 mm/saat bulundu. Rutin biyokimya tetkikleri normal sınırlar içindeydi. 2-boyutlu ve M-mode ekokardiyografik incelemede, sol ventrikülde apikal geniş anevrizma saptandı, geri kalan sol ventrikül fonksiyonları normaldi, ayrıca intraperikardiyal orta derecede sıvı toplanması vardı (Şekil 1 a ve b). Periferik venöz basıncı 8 cm su olarak ölçüldü.

Bu bulgularla hastada bir postmiyokard infarktüsü sendromu (Dressler) olabileceği düşünüldü ve 40 mg prednisolone, ayrıca β -bloker ve isosorbid dinitrat tedavisi başlandı. Ancak 8 gün süren izleme süresi içinde hastanın genel durumunda hiç bir düzelme olmadı. Göğüs ağrısı ve perikardiyal frömanı devam etti. Genellikle taşikardik ve hipotansif seyretti. Ancak boyun venöz dolgunluğunda ve santral kateter

konarak ölçülen venöz basıncında bir artış olmadı. Elektrokardiyografi ve kan tablosunda da bir değişiklik gözlenmedi. Bu süre içinde hasta yakın bir ekokardiyografik izlemeye alındı. Farklı gözlemciler tarafından ekokardiyografik veriler değerlendirildi, bu arada Doppler ve renkli Doppler ekokardiyografileri de yapıldı, ancak bir yalancı anevrizma oluşumunun yada rüptür yerinin tesbiti mümkün olmadı. Hastanın genel durumunda bir düzelme olmaması ve zaman zaman pozitif inotropik destek tedavisini gerektiren hipotansif dalgalanmalarının olması üzerine, hastaya 26.5.1989 tarihinde acil kalb kateterizasyonu ve koroner anjiyografi yapıldı. Sol ventrikülografide apikal geniş anevrizma ve anevrizmanın inferiyor bölgeye komşu olan kısmında perikard içine sızıntı şeklinde opak madde geçtiği görüldü (Şekil 1c.). Sol ön inen koroner arter 1.septal dalından sonra % 100 tıkalı idi, ayrıca sirkumfleks arterin 1 ve 2 obtüs marjinal dalları ile sağ koroner arterde de önemli stenotik lezyon mevcut idi. Bu bulgularla hasta, aynı gün Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyovasküler Cerrahi Anabilim Dalı tarafından acil operasyona alındı.

Operasyon sırasında perikard kesisini takiben bol miktarda hemorajik sıvı geldi. Ayrıca perikardda fibrin bantları ve yapışıklıklar görüldü. Anteroapikal geniş anevrizma alanı ile inferiyor duvarın komşu olduğu noktadan küçük bir rüptür yeri ve perikard içine kaçak görüldü. Anevrizma oksizyonu ve gerekli revaskülarizasyon yapıldıktan sonra intraaortik balon desteğinde operasyona son verildi. Hastanın postoperatif seyri olaysız geçti ve operasyonun 11. günü iyileşme ile taburcu edildi. Operasyondan 3 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde genel durumu iyi

olup, elektrokardiyografik ve ekokardiyografik tetkiklerinde bir özellik yoktu.

TARTIŞMA

1987 yılında yapılan bir çalışmada ⁽¹⁾ sol ventrikül serbest duvarının subakut ya da sınırlanmış rüptürü ile ilgili farklı merkezlerden yayınlanan 19 olgu olduğu belirtilmiştir. Bu olgulardan 18'inde infarktüsden 1-21 gün sonra ortaya çıkan kardiyak tamponad ve şok tablosu tarif edilmekte olup 14'ünün operasyona verildiği ve bunların 12'sinin kurtulduğu bildirilmektedir. Yine başarılı bir cerrahi ile kurtarılan 19. olgu ise jugüler venöz dolgunluğunun olmayışı ve hipotansiyonun farmakolojik yöntemlerle tedavi edilebilmesi açısından bizim hastamıza benzemektedir. 1987 yılından sonra yapılan literatür taramasında ise yalancı anevrizma görünümü verdiği için ekokardiyografik olarak tanısı konan 3 olgunun daha sunulduğu dikkati çekmektedir ⁽⁴⁻⁶⁾. 1988 yılında da Türkiye'de yapılan bir yayında ⁽⁷⁾ iki boyutlu ekokardiyografi ile tanısı konan 5 yalancı anevrizma olgusu sunulmuştur. Bu 5 olgudan dördü operasyona verilmiş ancak üçü perioperatuar dönemde kaybedilmiştir.

Burada sunulan olgunun önemli özelliklerinden biri ise, iki boyutlu ekokardiyografi ile hematomun oluştuğu kesenin ya da rüptür yerinin tesbitinin mümkün olmayışıdır. Doppler ve renkli Doppler ekokardiyografinin de tanıya bir katkısı olmamıştır. Yalancı anevrizmaların saptanmasında oldukça duyarlı bir yöntem olan ekokardiyografinin ⁽⁷⁻⁹⁾ bu olguda sonuç vermemesi muhtemelen rüptür yerinin ve kaçağın çok minimal olmasına bağlanmıştır.

Bir diğer ilginç nokta, hastanın akut miyokard infarktüsünden 5 hafta sonra tanı konarak cerrahiye verilmesidir. Olgumuzda rüptürün kesin olarak ne zaman olduğu saptamak mümkün olmamakla beraber, hastanın ağrısının başlangıçtan itibaren hiç geçmediği göz önüne alınırsa infarktüsün ilk günlerinde olduğu varsayılabilir. Ayrıca klasik bilgilere göre de bu rüptürler genellikle akut miyokard infarktüsü izleyen 1 hafta içinde görülmektedir ⁽²⁾. Bu varsayım göre hastamız rüptürden sonra herhangi bir kardiyak tamponad belirtisi ortaya çıkmadan 1 ay kadar yaşamıştır. Bunu da rüptür yerinin çok küçük olmasının, ayrıca fibrin ağı ve perikard yapışıklıklarının kanama yerini tıkayacak şekilde organize olmalarının sağladığı sanılmaktadır.

Bu olguda rüptür yerinin, mevcut anteroapikal anevrizma ile yakın komşuluğu da diğer bir ilginç özelliktir. Böyle subakut, sınırlanmış bir rüptür olgusu saptanın saptanmaz acil cerrahi girişimde bulunulması önerilmektedir ^(1,9,10,11). Bizim olgumuzun cerrahi tedavisi sırasında, rüptür yeri zaten anevrizma bölgesinin içinde olduğu için, anevrizmektomi yapılması tedavi için yeterli olmuştur. Literatürde infarktektomi, plikasyon ve yama konması gibi cerrahi tedaviler önerilmiştir ⁽¹⁾.

Sonuç olarak, akut miyokard infarktüsünden sonra tedaviye dirençli bir perikardiyal efüzyonun varlığında subakut sol ventrikül rüptürü olasılığı da düşünülmelidir. Bu tür olgularda perikard ponksiyonu ile tanıyı kesinleştirmek mümkün olabildiği gibi, sineventrikülografinin de çok minimal bir sızıntıyı bile gösterebilen çok değerli bir tanı yöntemi olduğu özellikle vurgulanmak istenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Brodin LA, Moor E, Orinus E, Semb B, Szamosi A: Subacute rupture of the left ventricular free wall following acute myocardial infarction. Acta Med Scand 221: 211, 1987
2. Hermoni Y, Engel PJ: Two-dimensional echocardiography in cardiac rupture. Am J Cardiol 57: 180, 1986
3. Alpert JS, Braunwald E: Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 2 nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1984. p.1269
4. Pseudoaneurysm of the left ventricle. Rev Esp Cardiol 40: 2284, 1987
5. Anterolateral pseudoaneurysm of the left ventricle. Rev Esp Cardiol 40:370, 1987
6. A successful surgical treatment of postinfarction pseudoaneurysm of the left ventricle. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 36: 2284, 1988
7. Kural T, Çengel A, Göksel S, Kütük E: Sol ventrikül yalancı anevrizmalarında iki boyutlu ekokardiyografi. Mavi Bülten 20: 41, 1988
8. Catherwood E, Minitz GS, Kotler MN, et al: Two-dimensional echocardiography in recognition of left ventricular pseudoaneurysm. Circulation 62:294, 1980
9. Grube E, Rebel D, Janson R: Non-invasive diagnosis of a false left ventricular aneurysm by echocardiography and pulsed Doppler echocardiography. Br Heart J 43: 232, 1980
10. Vloderov Z, Coe VI, Edwards JE: True and false left ventricular aneurysms. Propensity for the latter to rupture. Circulation 51: 567, 1975
11. Kendall RW, Dewood MA: Postinfarction cardiac rupture: Surgical success and review of the literature. Ann Thorac Surg 25: 311, 1978