

Romatoit artritli bir hastada dev koroner arter anevrizması

Giant coronary artery aneurysm in a patient with rheumatoid arthritis

Dr. Erden Gülcü, Dr. Enis Sağlam, Dr. Elif Gülcü,[#] Dr. Mehmet Yunus Emiroğlu

Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Van;

[#]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Özet – Elli iki yaşında, 12 yıldır romatoit artriti olan erkek hasta şiddetli göğüs ağrısı ile başvurdu. Hastanın elektrokardiyografisi akut inferiyor miyokart enfarktüsü ile uyumlu idi. Transtorasik ekokardiyografide, sol ventrikül çapları normalden geniş ve inferolateral duvar hipokinetikti. Primer perkütan girişim için yapılan koroner anjiyografide 15-16 mm genişliğindeki sağ koroner arterde büyük trombus ile tam tıkanıklık saptandı. Sağ koroner arterin boyutlarına uygun stent temin edilemediğinden ve trombus yükü fazla olduğundan, medikal tedaviye karar verilerek doku plazminojen aktivatörü infüzyonuna başlandı. Bu tedavi ile hastanın göğüs ağrısı azaldı. Yatışın beşinci gününde yapılan koroner anjiyografide, sağ koroner arterde TIMI 3 akımın sağlanmış olduğu görüldü. Uzun dönem tedavi için standart iskemik kalp hastalığı tedavisine INR düzeyi 2.5-3 olacak şekilde varfarin eklendi. Literatürde, romatoit artrite, hastamızda görülen ölçüde yaygın anevrizmatik genişlemenin eşlik ettiği bir olguya rastlamadık.

Summary – A 52-year-old men with rheumatoid arthritis of 12-year history presented with severe chest pain. The electrocardiogram was consistent with acute inferior myocardial infarction. Transthoracic echocardiography showed increased left ventricular dimensions and hypokinesia in the inferolateral wall. Coronary angiography performed for percutaneous coronary intervention showed aneurysmatic dilatation (15-16 mm) and total occlusion of the right coronary artery by a large thrombus. As there was no stent available for dilated right coronary artery and due to the large thrombus burden, medical therapy was decided and tissue plasminogen activator infusion was started. The patient's chest pain progressively decreased. Coronary angiography performed on the fifth day of admission showed TIMI 3 flow in the right coronary artery. Warfarin was added to standard anti-ischemic treatment with a target INR of 2.5-3.0. Our literature search yielded no reported case of such aneurysmatic dilatation associated with rheumatoid arthritis.

Koroner arter anevrizması, damar çapında normal koroner arter segmentine göre 1.5 kattan fazla genişleme olarak tanımlanmıştır. Anevrizmal genişleme büyük epikardiyal koroner arterlerin hepsinde görülebilir. Ancak, en sık sağ koroner arterde, çok daha az oranda da sol ana koroner arterde rastlanmıştır.^[1] Koroner anevrizmaların en sık nedeni aterosklerozdur. Diğer nedenler, Kawasaki hastalığı, doğuştan bozukluklar, bakteriyel enfeksiyon, bağ dokusu hastalıkları, arteritler, göğüs travması, perkütan koroner girişim veya cerrahi sonrası iyatrojenik, kendiliğinden veya ikincil olarak ortaya çıkan diseksiyonlar ve mikotik embolidir.^[2]

Romatoit artritli hastalarda kalp tutulumu değişik şekillerde olmakta birlikte, genellikle klinik olarak belirgin kalp hastalığına yol açmaz.^[3] Görülen kardiyak tutulum şekilleri perikardit, miyokart fonksiyon bozukluğu, koroner arterit, iletim sistemi tutulumu, kalp kapak tutulumu, aortit ve pulmoner hipertansiyondur.^[4] Vaskülit yoluyla da koroner arter tutulumu gelişebilmektedir. Otopsi serilerinde %20'ye varan oranlarda koroner arterit görülmüştür.^[5] Romatoit artritte koroner arterlerde ektatik segmentlerin meydana

Kısaltmalar:

PKG Perkütan koroner girişim
RA Romatoit artrit
tPA Doku plazminojen aktivatörü

Geliş tarihi: 29.08.2009 Kabul tarihi: 25.02.2010

Yazışma adresi: Dr. Erden Gülcü. Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, 65100 Van.
Tel: 0432 - 312 28 61 e-posta: erdengulcu@yahoo.com

gelmesinde, koroner arterit ve endojen nitrik oksidin kronik uyarısı sorumlu tutulmaktadır.^[6]

Bu yazıda, tıkaçıcı koroner arter hastalığının eşlik ettiği koroner ektazi ile birlikte dev koroner anevrizması ve akut miyokart enfarktüsü gelişen RA'lı bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Elli iki yaşında erkek hasta, üç haftadır eforla ortaya çıkan nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmaları ve son üç saattir istirahatte başlayan ve aralıksız devam eden baskılayıcı göğüs ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde 12 yıldır RA, koroner arter hastalığı risk faktörü olarak da hipertansiyon ve hiperlipidemi bulunan hastanın fizik muayenesinde nabız 130 atım /dk disritmik, kan basıncı 170/115 mmHg idi. Her iki akciğer bazalinde düşük dereceli kreptan raller vardı. Ayrıca, apikal odakta 2/4 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Koroner yoğun bakımdaki elektrokardiyografisinde, standart derivasyonlarda DII, DIII ve AVF'de 3 mm ST yüksekliği ve DI, AVL, V3-5'de belirgin ST çökmesi akut inferiyor miyokart enfarktüsü ile uyumlu idi. Anjiyografi ve kateter laboratuvarının hazırlanmasını beklerken, taşınır teleradyografide kalp-toraks oranı kalp lehine hafif artmış (0.56) bulundu. Transtorasik ekokardiyografide, sol ventrikül çapları normalden geniş ve inferolateral duvar hipokinetikti. Modifiye Simpson yöntemi ile, ejeksiyon fraksiyonu %45 olarak hesaplandı. Birinci derece mitral yetersizliği vardı. Hasta bilgilendirilip imzalı onayı alındıktan sonra, primer PKG için koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. Koroner anatomiye belirlemek için, 6F sol ve sağ Judkins kateterlerle anjiyografik görüntüler alındı (Şekil 1a, b). Akut miyokart enfarktüsünden sorumlu 15-16 mm genişliğinde sağ koroner arterde büyük trombüs ile tam tıkalı lezyon saptandı

(Şekil 1b). Sağ koroner arterin boyutlarına uygun stent temin edilemediğinden ve trombüs yükü fazla olduğundan, balonla genişletme denenmeksizin tedavinin medikal yöntemle sürdürülmesine karar verildi. Doku plazminojen aktivatörü (tPA) infüzyonuna başlandı. Tedavi sonrasında hastanın göğüs ağrısı azaldı. Yatışın beşinci gününde, uygun çapta stent elde edildikten sonra yapılan koroner anjiyografide sağ koroner arterde TIMI 3 akımın sağlanmış olduğu görüldü (Şekil 1c). Uzun dönem tedavi için standart iskemik kalp hastalığı tedavisine INR düzeyi 2.5-3 olacak şekilde varfarin eklendi. Geniş çaplı periferik stent kullanılmadı.

TARTIŞMA

Romatoit artrit, birden çok eklemi aynı anda tutan, kronik seyirli, etyolojisi bilinmeyen, enflamatuvar karakterde, sistemik, bir hastalıktır. Romatoit artritte kardiyovasküler sistem tutulumu, vaskülit, amiloidozis, serozit, valvülit ve fibrozis gibi mekanizmalarla gelişir.^[7] Kardiyovasküler sistem tutulumu perikardit, miyokart disfonksiyonu, koroner arterit, aortit, iletim sistemi ve kalp kapak tutulumu, pulmoner hipertansiyon gibi çok çeşitli şekillerde olabilmektedir.^[4] Aynı yaş grubu ve risk faktörlerine sahip normal kişilerle karşılaştırıldığında, RA'lı bireylerde mortalite artmıştır ve bu artışın en önemli nedenini kardiyovasküler nedenler oluşturur. On yıl veya daha fazladır RA olan kişilerde miyokart enfarktüsü geçirme riskinin üç kat arttığı saptanmıştır.^[8] Hastamızda koroner arter hastalığı için yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi risk faktörleri yanı sıra 12 yıldır RA vardı.

Mayo Klinik'te yapılan bir çalışmada, yeni koroner arter hastalığı tanısı konan hastalar arasında RA'lı (n=75) ve aynı risk faktörlerine sahip RA'sız (n=128) kişiler kar-



Şekil 1. (A) Sol ön inen ve sirkumfleks arterlerin ektatik olduğu ve (B) sağ koroner arter orta bölümünün tam tıkalı olduğu izleniyor. (C) Sağ koroner arterin tedavi sonrası görünümü.

şılaştırılmış, RA olan grupta daha fazla çokdamar hastalığı ve ciddi aterosklerotik hastalık görülmüştür.^[9]

Romatoit artritli hastalarda nadiren görülebilecek koroner ektazi ve anevrizmatik değişikliklerden vas-külit ve endojen nitrik oksit kronik uyarısı sorumlu tutulmaktadır.^[6] Literatürde, hastamızda saptanan ölçüde yaygın anevrizmatik genişlemenin eşlik ettiği RA olgusuna rastlamadık.

Hastamızda sağ koroner arterde dev anevrizma ve trombüs yükünün fazla olmasından dolayı, primer PKG'den vazgeçilip, akut miyokart enfarktüsü protokolüne göre tPA infüzyonuna başlandı. Bu tedaviyle ağrısı azalan hastaya, yatışın beşinci gününde uygun çapta stent elde edildikten sonra yapılan kontrol anjiyografide TIMI 3 akım sağlandığı görüldü. Miyokart enfarktüsü sonrası standart tedaviye varfarin eklenerek hasta INR düzeyi 2.5-3 olacak şekilde taburcu edildi.

Sonuç olarak, az sayıda olguda bildirilse de, RA'lı hastalarda dev koroner arter anevrizmalarının gelişebileceği ve bunların akut koroner sendromlara yol açabileceği unutulmamalıdır.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

KAYNAKLAR

1. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. Prog Cardiovasc Dis 1997;40:77-84.
2. Hartnell GG, Parnell BM, Pridie RB. Coronary artery ectasia. Its prevalence and clinical significance in 4993 patients. Br Heart J 1985;54:392-5.

3. Wisłowska M, Sypuła S, Kowalik I. Echocardiographic findings, 24-hour electrocardiographic Holter monitoring in patients with rheumatoid arthritis according to Steinbrocker's criteria, functional index, value of Waaler-Rose titre and duration of disease. Clin Rheumatol 1998; 17:369-77.
4. O'Gara PT, Coblyn JS. The heart in rheumatic disease. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. 3rd edition. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 305-14.
5. Fresko I. Romatoit artritinin eklem dışı bulguları. In: Hamuryudan V, editör. Romatoit artrit. Ankara: MD Yayıncılık; 2002. s. 20-4.
6. Sorrell VL, Davis MJ, Bove AA. Current knowledge and significance of coronary artery ectasia: a chronologic review of the literature, recommendations for treatment, possible etiologies, and future considerations. Clin Cardiol 1998;21:157-60.
7. Bély M, Apáthy A, Beke-Martos E. Cardiac changes in rheumatoid arthritis. Acta Morphol Hung 1992;40:149-86.
8. Wallberg-Jonsson S, Ohman ML, Dahlqvist SR. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with seropositive rheumatoid arthritis in Northern Sweden. J Rheumatol 1997;24:445-51.
9. Warrington KJ, Kent PD, Frye RL, Lymp JF, Kopecky SL, Goronzy JJ, et al. Rheumatoid arthritis is an independent risk factor for multi-vessel coronary artery disease: a case control study. Arthritis Res Ther 2005; 7:R984-91.

Anahtar sözcükler: Artrit, romatoit/komplikasyon; koroner anevrizma; miyokart enfarktüsü.

Key words: Arthritis, rheumatoid/complications; coronary aneurysm; myocardial infarction.