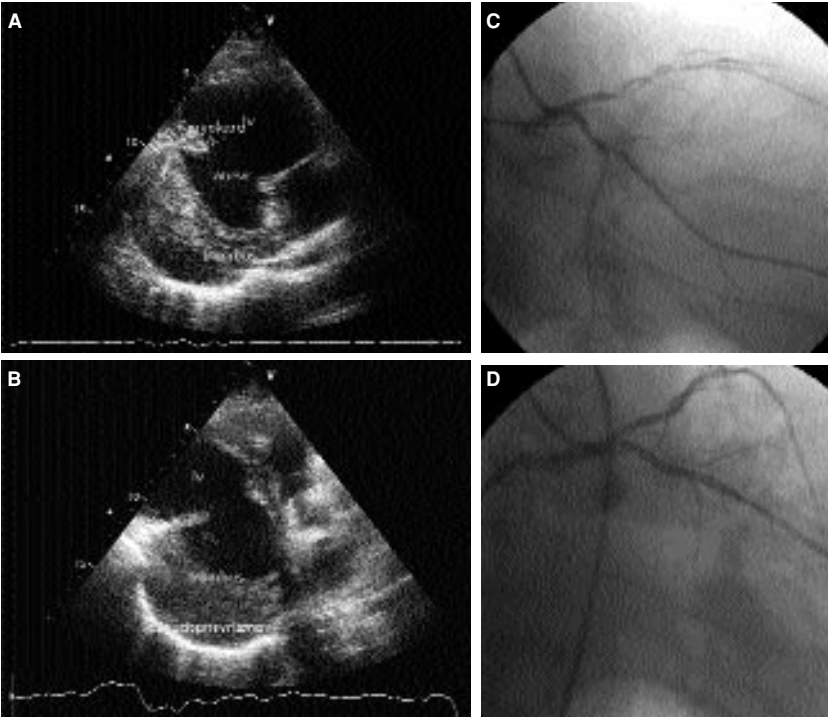


## Görüntülü olgu örnekleri

## Case images

## Kronik, dev sol ventrikül psödoanevrizması



Sibel Turhan  
Çağdaş Özdol  
Gülgün Pamir  
Kenan Ömürlü

Ankara Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Kardiyoloji  
Anabilim Dalı, Ankara

Altmış iki yaşında erkek hasta kliniğimize dekompanse kalp yetersizliği ve kararsız angina pectoris tanılarıyla yatırıldı. Hastanın öyküsünden iki yıldır kararlı angina pectorisi olduğu, dört ay önce uzun süreli göğüs ağrısı sonrasında nefes darlığı, ayaklarda şişlik geliştiği, göğüs ağrısı şikayetlerinin hafif eforla ve istirahatte de ortaya çıktığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde TA 100/60 mmHg, nabız 84/dak idi. Kalp tepe atımı sola aşağı yer değiştirmişti. Kardiyak oskültasyonda apikal 2/6 sistolik üfürüm ve S<sub>3</sub> duyuldu. Diğer sistemlerin muayenelerinde, boyunda venöz dolgunluk, akciğerde bazallerde ince raller vardı; karaciğer kosta altında 2 cm olarak ele geliyordu. Pre-tibial ++ ödem vardı.

## Chronic, giant left ventricular pseudoaneurysm

Elektrokardiyografide geçirilmiş inferior miyokard infarktüsü örneği ve R progresyonunda bozukluk izlendi. Ekokardiyografik incelemede sol kalp boşluklarında genişleme, anterior ve lateral duvarlar ile inter-ventriküler septumun bazali hariç tüm duvarlarda akinezi ve inferior duvarda büyük, içerisini hemen tamamen trombotik materyalin doldurduğu psödoanevrizma görüldü (Şekil A, B). Hastanın konjestif bulguları tıbbi tedavi ile düzeldi. Yapılan koroner anjiyografide üç damar hastalığı saptandı. Kardiyovasküler cerrahi kliniği ile birlikte yapılan değerlendirmede ameliyatın yüksek riskli olduğu sonucuna varıldı. Hasta da yüksek riskli olması nedeniyle ameliyatı kabul etmedi. Sol ön inen koroner arter ve sirkumfleks arterlere anjiyoplasti ve stent uygulandı (Şekil C, D). Klinik olarak stabil duruma geldikten sonra hasta taburcu edildi.

Miyokard infarktüsü sonrasında serbest duvar hasarı %4 sıklıkta görülür ve çok olumsuz sonuçlara yol açabilir. Nadir olarak, yırtığın perikard ile sınırlı olması durumunda psödoanevrizma gelişebilmektedir. Bu hastalarda tedavi acil cerrahidir. Bununla birlikte, ameliyat mortalitesinin yüksek olduğu kronikleşmiş hastaların antikuagulan tedaviyi de içeren tıbbi tedavi ile takip edilebileceği bildirilmektedir.

**Şekiller.** (A, B) inferior duvarda büyük psödoanevrizma. (C) Anjiyoplasti öncesi ve (D) sonrasında sol ön inen koroner arter ve sirkumfleks arterdeki ciddi lezyonlar.