

OLGU 3

Spontan Koroner Arteriyel Disseksiyon Olgusu

İsmet ZENGİN¹

Olgu Sunumu

46 yaşında romatizmal kapak hastalığı nedeniyle mitral kapak replasmanı hikayesi olan, başka herhangi bir aterosklerotik risk faktörü olmayan kadın hasta acil servis anjinal karakterde göğüs ağrısı ile başvurdu. Çekilen elektrokardiyografide (EKG), V2-6 derivasyonlarda ST depresyonları ile V2-6 ve inferior derivasyonlarda bifazik T dalgası izlendi (Şekil 1). Transtorasik ekokardiyografide, ejeksiyon fraksiyonu % 45, posterolateral duvarda hipokinezi, fonksiyone metalik mitral kapak, hafif triküspit yetersizliği saptandı. Troponin değerleri de yüksek bulunan hasta akut koroner sendrom (AKS) tanısı ile hospitalize edilerek koroner anjiyografi (KAG) planlandı. KAG'de sirkümfleks arter proksimal kesimden obtus marjin (OM) dalının distal kısmına kadar uzanan sirküler disseksiyon hattı izlendi (Video 1A,1B,1C). Göğüs ağrısı bulunmayan hemodinamik açıdan stabil ve malign aritmisi de olmayan hastada spontan koroner arter disseksiyonu (SKAD) tanısı konularak, medikal izlem kararı alındı ve işlem sonlandırıldı. Hastanedeki takiplerinde 5 gün sonra yapılan kontrol KAG'de disseksiyon hattının iyileştiği, distal kan akımının düzeldiği görüldü (Video 2A,2B). Klinik açıdan stabil olan ve hastanedeki takipleri tamamlanan hasta sorunsuz externe edildi. 2 ay sonra tekrar yapılan KAG'de ise Cx'teki disseksiyon hattının büyük oranda düzeldiği gözlemlendi (Video 3A,3B).

¹ Uzm. Dr., Bursa Şehir Hastanesi, ismetzengin48@hotmail.com

yokard infarktüsüdür ve oranı 3-4 yıllık takip sürecinde %17-18'dir. Tekrarlayıcı MI'ların büyük bir kısmından SKAD sorumludur (13) (14). Hipertansiyon öyküsü, FMD, migren baş ağrısı ve koroner arter tortuozeitesi SKAD rekürrensi ile ilişkilidir (13) (15).

Özetle;

- SKAD genç kadınlardaki miyokardiyal infarktüslerin önemli bir kısmından sorumludur ve hipertansiyon dışındaki aterosklerotik koroner arter hastalığı risk faktörleri ile ilişkisi zayıftır.
- Eşlik eden fibromuskuler displazi, migren vb. gibi hastalıklar bu bireylerde bulunabilir ve Valsalva anevrizması, ağır fiziksel aktivite gibi durumlar tetikleyici olabilir.
- Genellikle AKS şeklinde prezantasyon olur.
- Tanısı KAG ile konulur. Klinik şüphe varlığında, KAG ile tanı konulamazsa IVUS, OCT, KBTA gibi alternative tanı yöntemleri kullanılabilir.
- Hastalık çoğunlukla spontan iyileşir. Seri KAG'lerle lezyonla ilgili girişim kararı netleştirilir.
- Yüksek klinik ve anatomik risk varlığında PKG veya CABG ile girişimsel tedavi gerekmektedir.
- Medikal tedavide eşlik eden hipertansiyonun uygun şekilde tedavisi önerilir. Beta blokör, antiagregan ve dirençli göğüs ağrılarında antianjinal tedavi verilebilir.
- Hastalığın seyrinde rekürrensinin olabileceği unutulmamalı ve klinik takipleri gerektiği gibi yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Kim E S H. Spontaneous Coronary-Artery Dissection. *N Engl J Med.* 2020;383:2358-70.
2. Collet J P, Thiele H, Barbato E et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2021;42:1289-367.
3. Krittanawong C, Saw J, Olin J W. Updates in Spontaneous Coronary Artery Dissection. *Curr Cardiol Rep.* 2020;22:123.
4. Tweet MS, Eleid MF, Best PJ, et al. Spontaneous coronary artery dissection: revascularization versus conservative therapy. *Circ Cardiovasc Interv.* 2014; 7: 777-86.
5. Lobo AS, Cantu SM, Sharkey SW, et al. Revascularization in patients with spontaneous coronary artery dissection and ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2019; 74: 1290-300.
6. Eleid MF, Guddeti RR, Tweet MS, et al. Coronary artery tortuosity in spontaneous coronary artery dissection: angiographic characteristics and clinical implications. *Circ Cardiovasc Interv.* 2014; 7:656-62.
7. Prakash R, Starovoytov A, Heydari M, Mancini GB, Saw J. Catheter-induced iatrogenic coronary artery dissection in patients with spontaneous coronary artery dissection. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016;9: 1851-3.

8. Conrotto F, D'Ascenzo F, Cerrato E et al. Safety and efficacy of drug eluting stents in patients with spontaneous coronary artery dissection. *Int J Cardiol.* 2017;238: 105-9.
9. Lempereur M, Fung A, Saw J. Stent mal-apposition with resorption of intramural hematoma with spontaneous coronary artery dissection. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2015; 5: 323-9.
10. Adlam D, Alfonso F, Maas A, Vrints C. European Society of Cardiology, Acute Cardiovascular Care Association, SCAD Study Group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection. *Eur Heart J.* 2018; 39: 3353-68.
11. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, et al. Spontaneous coronary artery dissection: current state of the science: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2018; 137: e523-e557.
12. Adlam D, Alfonso F, Maas A et al. European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association, SCAD study group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection. *Eur Heart J.* 2018;39:3353-68.
13. Saw J, Humphries K, Aymong E, et al. Spontaneous coronary artery dissection: clinical outcomes and risk of recurrence. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70: 1148-58.
14. Tweet M S, Hayes S N, Pitta S R, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation.* 2012; 126: 579-88.
15. Clare R, Duan L, Phan D, et al. Characteristics and clinical outcomes of patients with spontaneous coronary artery dissection. *J Am Heart Assoc.* 2019; 8:e012570.