



BÖLÜM 11

KARDİAK ARRESTİN NADİR BİR NEDENİ: KORONER VAZOSPAZM

Kenan TOPRAK¹



ÖZET

Koroner vazospazm, epikardiyal koroner arterin miyokardiyal iskemi ile sonuçlanan geçici anormal kasılması olarak tanımlanır. Vazospazm sıklıkla koroner ateroskleroz bölgesinde meydana gelir ve bu fenomenin patogeneğinde endotelial disfonksiyona işaret eder. Kesin tanı, intravenöz veya intraarteriyel nitrogliserin uygulamasıyla tersine dönen koroner vazokonstriksiyonun anjiyografik kanıtından sonra veya asetilkolin gibi vazokonstrüktör ajanlarla provakasyon sonucu gözlenen ciddi koroner vazospazmdan sonra konulur. Klinik pratikte provakatif testlerden ziyade vazospazmdan şüphelenildiği zaman intrakoroner nitrogliserin uygulaması daha sıklıkla kullanılmaktadır.

Bu antitenin tıbbi tedavisi, yüksek doz kalsiyum kanal blokerlerinin ve/veya nitratların kullanımını içerir. Seçilmiş vakalarda, stentleme ile koroner revaskülarizasyon, klinik olarak anlamlı vazospazmın tekrarını başarılı bir şekilde önleyebilir, ancak geleneksel tıbbi tedavi ile birlikte önerilmelidir. Tedavi edilen hastaların uzun vadeli prognozu mükemmeldir ancak vazospastik atakların şiddetine ve altta yatan koroner arter hastalığı ve sol ventrikül disfonksiyonunun derecesine bağlıdır. Koroner vazospazm sıklıkla benign bir fenomen olmasına rağmen, bazen ciddi kardiovasküler sonuçlar doğurabilir. Biz olgumuzda koroner vazospazm nedeniyle arrest olan bir hastanın yönetimini tartışacağız.

¹ Uzm. Dr., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD., kentoprak@hotmail.com

arrest gelişenler için, daha ileri yönetim stratejileri belirlenir. Bu nedenle bu hastamızda mevcut kanıtlara dayalı olarak standart tıbbi tedavinin yanı sıra implante edilebilir bir kardiyoverter defibrilatörün yerleştirilmesi uygun görülmüştür¹⁶.

SONUÇ

Yukarıdaki demonstratif vakada görüldüğü üzere koroner vazospazm her invaziv kardiyoloğun muhakkak göz önünde bulundurması gereken bir antitedir. Çünkü koroner vazospazm diffüz olabildiği gibi aterosklerotik darlığı taklit edebilecek şekilde fokal da olabilir. Bu da gereksiz stent implantasyonuna yol açabilir. İnvaziv kardiyolog invaziv girişim sırasında karşısına çıkabilecek böyle bir antite için alert olmalıdır. Bu nedenle mümkün olduğunca her perkütan koroner girişim öncesi şüphe halinde hastanın tansiyonları el verdiği ölçüde intrakoroner nitrogliserin ile aterosklerotik lezyon varlığı teyit edilmelidir. Bizim yukarıda sunduğumuz vakadaki gibi nitrogliserin uygulaması sonucu fokal vazospazmlar sebat edebilmekte ve böyle durumlarda intrakoroner kalsiyum kanal blokörleri nitrogliserine ek olarak intrakoroner uygulanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Matta A, Bouisset F, Lhermusier T, et al. Coronary Artery Spasm: New Insights. *Journal of Interventional Cardiology*. 2020 14;2020:5894586. doi: 10.1155/2020/5894586.
2. Yasue H, Mizuno Y, Harada E. Coronary artery spasm - Clinical features, pathogenesis and treatment. *Proceedings of the Japan Academy, Ser. B, Physical and Biological Sciences*. 2019;95(2):53-66. doi: 10.2183/pjab.95.005.
3. Hung MJ, Hu P, Hung MY. Coronary artery spasm: review and update. *International Journal of Medical Sciences*. 2014;11(11):1161-71. doi: 10.7150/ijms.9623.
4. Sechtem U, Ong P, Athanasiadis A, et al. Coronary vasospasm: is it a myth? *American Journal of Cardiovascular Drugs*. 2010;10 Suppl 1:19-26. doi: 10.2165/1153642-S0-000000000-00000.
5. Shibutani H, Otsuka T, Häner J, et al. Stent-Based Treatment of Refractory Coronary Vasospasm. *Journal of the American College of Cardiology: Cardiovascular Interventions*. 2022;15(10):e123-e124. doi: 10.1016/j.jcin.2022.02.031.
6. Van Spall HG, Overgaard CB, Abramson BL. Coronary vasospasm: a case report and review of the literature. *Canadian Journal of Cardiology*. 2005;21(11):953-7.
7. Sheth MA, Widmer RJ, Dandapanula HK. Pathobiology and evolving therapies of coronary artery vasospasm. *Archive of "Proceedings (Baylor University. Medical Center*. 2021;34(3):352-360. doi: 10.1080/08998280.2021.1898907.

8. Prinzmetal M, Kenamer R, Merliss R, et al. Angina pectoris. I. A variant form of angina pectoris; preliminary report. *The American Journal of Medicine*. 1959;27:375-88. doi: 10.1016/0002-9343(59)90003-8.
9. Picard F, Sayah N, Spagnoli V, et al. Vasospastic angina: A literature review of current evidence. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 2019;112(1):44-55. doi: 10.1016/j.acvd.2018.08.002.
10. Benzaquen BS, Cohen V, Eisenberg MJ. Effects of cocaine on the coronary arteries. *American Heart Journal*. 2001;142(3):402-10. doi: 10.1067/mhj.2001.117607.
11. Chevalier P, Dacosta A, Defaye P, et al. Arrhythmic cardiac arrest due to isolated coronary artery spasm: long-term outcome of seven resuscitated patients. *Journal of the American College of Cardiology*. 1998;31(1):57-61. doi: 10.1016/s0735-1097(97)00442-7.
12. Chen HS, Pinto DS. Images in clinical medicine. Prinzmetal's angina. *The New England Journal of Medicine*. 2003;349(1):e1. doi: 10.1056/ENEJMicm020631.
13. Bertrand ME, LaBlanche JM, Tilmant PY, et al. Frequency of provoked coronary arterial spasm in 1089 consecutive patients undergoing coronary arteriography. *Circulation*. 1982;65(7):1299-306. doi: 10.1161/01.cir.65.7.1299.
14. Imamura T. Implication of Spasm Provocation Tests under Medication. *Internal Medicine Journal*. 2020 Sep 1;59(17):2209. doi: 10.2169/internalmedicine.4842-20.
15. Harris JR, Hale GM, Dasari TW, et al. Pharmacotherapy of Vasospastic Angina. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*. 2016;21(5):439-51. doi: 10.1177/1074248416640161.
16. Matsue Y, Suzuki M, Nishizaki M, et al. Clinical implications of an implantable cardioverter-defibrillator in patients with vasospastic angina and lethal ventricular arrhythmia. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;60(10):908-13. doi: 10.1016/j.jacc.2012.03.070.