

SENKOP ATAKLARIYLA SEYREDEN KORONER ARTER ANOMALİLİ BİR OLGU

İzzet TANDOĞAN*
Feridun KOŞAR*
Alpay T. SEZGİN*
Halil ASLAN*
Ergün TOPAL*
İrfan BARUTÇU*
Ramazan ÖZDEMİR*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Turgut Özal Tıp Merkezi, Kardiyoloji
Anabilim Dalı MALATYA

Yazışma Adresi:
Yrd. Doç. Dr. İzzet TANDOĞAN
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
Tif: 0 (422) 341 06 60
dahili no 4512
MALATYA

Sirkumfleks arterin sağ aortik sinüsten çıkması (SSÇ) koroner çıkış anomalileri arasında en sık görülenidir ve genellikle iyi seyirlidir.

Senkop nedeniyle acil servisimize getirilen ve EKG'sinde ventriküler taşikardi (VT) saptadığımız hastamız üç yıldır eforla gelişen senkop atakları tarifliyordu. Babası ve amcasını ani kardiyak ölüm nedeniyle kaybetti. Erkek kardeşinde de senkop atakları olduğu ve bu nedenle yapılan koroner anjiyografide tıkaçıcı darlık saptanmaksızın koroner anomali saptandığı ve 38 yaşında aniden öldüğü ifade edildi. Hastada senkop ataklarının nedenine yönelik olarak yapılan incelemelerde VT dışında bir faktör saptanmadı. Efor testi sırasında VT ve presenkop gelişti. Yapılan koroner anjiyografide tıkaçıcı lezyon olmaksızın SSÇ saptandı. Tüm bu bulgularla hastamızda senkop nedeni olarak VT, VT nedeni olarak ta SSÇ sorumlu tutuldu.

Sonuç olarak SSÇ iyi seyirli bir anomali olmakla beraber bazen olgumuzda olduğu gibi VT ve senkop ataklarıyla seyredebilir.

Anahtar kelimeler: Koroner çıkış anomalisi, ventriküler taşikardi, senkop.

A case of coronary artery anomaly presenting with syncope attacks

Among the congenital coronary artery anomalies, anomalous origin of circumflex artery from right coronary sinus is the most common one and have a good prognosis.

The patient was admitted to the hospital with the complaint of syncope episodes.

His electrocardiogram showed ventricular tachycardia. The patient had been suffering from exercise induced syncope attacks for three years. Family history of the patient revealed three sudden cardiac deaths. One of them, his brother, had nonobstructive coronary artery anomaly and syncope episodes. Near syncope and ventricular tachycardia were observed during exercise stress testing. The patient underwent coronary angiography and anomalous origin of circumflex artery from right coronary sinus was detected.

In conclusion, although anomalous origin of circumflex artery from right coronary sinus has a benign clinical course, it may be associated with ventricular tachycardia and syncope.

Key words: Anomalous origin of coronary artery, ventricular tachycardia, syncope.

Koronere arter anomalilerine anjiogramlar sırasında nadir olmayarak rastlanır ve tüm konjenital kalp hastalıklarının % 1-2'sini oluştururlar.¹ Koroner arter çıkış anomalileri arasında sirkumfleks arterin sağ aortik sinüsten çıkması (SSÇ) ya da sağ koronerden çıkması durumu en sık görülenidir ve genellikle iyi seyirlidir.^{2,3} Senkop nedeniyle acil olarak yatırdığımız ve koroner anjiyografide SSÇ saptadığımız hastamızı senkop atakları tariflemesi, efor testi sırasında ventriküler taşikardiye (VT) girmesi ve ailesinde benzer vakalar olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

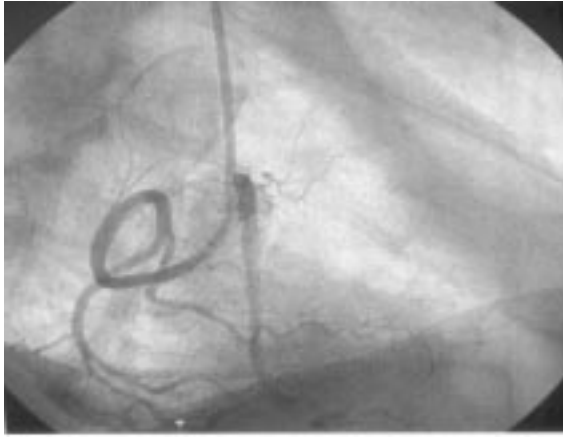
OLGU

50 yaşında erkek hasta yolda yürürken bayılması nedeniyle acil servisimize getirildi. Çekilen EKG'de VT saptanan hastaya elektriki kardiyoversiyon uygulanacak iken, önce kısa süreli atriyal fibrilasyon ve ardından normal sinuzal ritim oluştu (Resim 1).

Suuru açılan hasta senkop ataklarının iki yıldır olduğunu, son üç aydır sıklığının arttığını söyledi.



Resim 1. Hastanın VT esnasında (alttaki trase) ve sinuzal ritim oluştuktan sonraki (üstteki trase) EKG örneği.



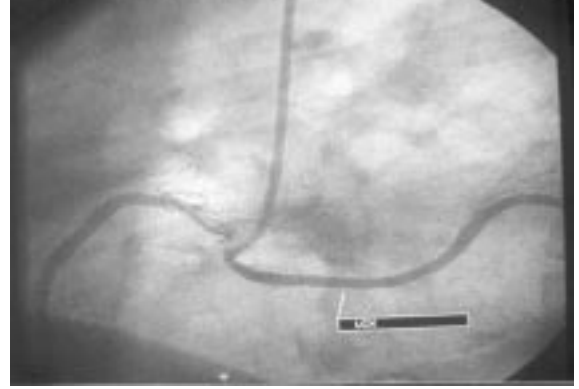
Resim 3. Sağ anterior oblik projeksiyonda sağ aortik sinus çıkışlı sirkumflex arter izleniyor.

Ataklar sırasında şuuru kapanan hastada ataklar genellikle kendiliğinden düzeliyormuş. Daha önce nöroloji kliniğinde epilepsi ön tanısıyla izlenen hastada nörolojik bir problem saptanmamış. Sigara (+), alkol (+), soygeçmişinde babasının 44 yaşında ve amcasının 41 yaşında aniden öldüğünü ifade ediyor. Onlarda da bayılma nöbetleri olmuştur. Erkek kardeşinde senkop gelişmesi üzerine yapılan koroner anjiyografide koroner anomali saptanmış, tıkalı lezyon saptanmamış ve 38 yaşındayken aniden ölmüş.

Fizik muayene:

TA: 180/100 mmHg, N: 85/dk, EKG ve teleradyografi normal. Tam kan, tam idrar tahlili ve rutin biyokimyasal incelemeler normal bulundu.

Koroner yoğun bakım ünitemizde izlenen hastanın takibinde ritm problemi olmadı. VT



Resim 2. Sol anterior oblik projeksiyonda sağ aortik sinus çıkışlı sirkumflexarter izleniyor.

etiyojisine yönelik olarak yaptığımız araştırmalarda tiroid fonksiyon testleri normaldi. Sürrenal patolojisinin varlığına yönelik olarak yapılan batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisi normal bulundu. Hastanın ekokardiyografisinde sağ koroner sinüsten iki ayrı koroner arter çıktığı izlendi;diğer ekokardiyografi bulguları normaldi. 24 saatlik holter takibinde 50 dk. süren atriyal fibrilasyon atağı saptandı. VT' nin iskemik kökenli olabileceğini düşünerek yaptığımız efor testinde kalp hızı 120 /dk'ya ulaştığında nonsustained VT atağı gelişmesi ve hastanın presenkop tariflemesi üzerine test sonlandırıldı. Ardından yapılan koroner anjiyografide SSC saptandı, tıkalı koroner lezyon izlenmedi (Resim 2 ve 3).

Sağ koroner anjiyografiden hemen sonra hasta VT'ye girdi, acil elektriki kardiyoversiyon uygulanan hastada önce 20 dk. süreli atriyal fibrilasyon ve ardından normal sinuzal ritim oluştu. Hasta senkop ataklarının hep bu şekilde olduğunu ifade etti. Elektrofizyolojik çalışma yapılması planlanan hasta kendi isteği ile hastanemizden ayrıldı.

TARTIŞMA

Koroner arter çıkış anomalileri arasında SSC en sık rastlanılanıdır. Yamanaka ve Hobbs koroner anjiyografi laboratuvarında bu anomaliye rastlama oranını % 0.37 olarak saptadılar.⁴ SSC iyi seyirli bir anomali olmakla beraber iskemik tipte göğüs ağrısı, efor testi sırasında iskemik EKG değişiklikleri, duvar hareket anormallikleri ve hatta ani ölüm ile seyredilen nadir olgular da tanımlanmıştır.⁵⁻⁷

Hasta ile ilk karşılaştığımızda ritm VT idi ve biz bu nedenle senkop nedeni olarak öncelikle VT'yi düşündük. Sonradan yaptığımız nörolojik ve psikiyatrik muayenede de bir patoloji saptamadık. VT nedeni olarak ise hastanın 50 yaşında olması, biyokimyasal ve endokrinolojik patoloji saptanmaması, ekokardiyografide kapak ya da damar patolojisinin bulunmaması, ayrıca hastanın senkop ataklarının genellikle eforu takiben ortaya çıktığını söylemesi nedeniyle iskemi düşündük. Nitekim efor testi sırasında hastada VT ve presenkop gelişti. Fakat koroner anjiyografide tıkaçıcı lezyon saptamadık, sadece SSÇ mevcuttu.

Hasta babası ve amcasında bayılma ataklarının olduğunu ve ikisinin de ani şekilde öldüğünü ifade etti. Ayrıca erkek kardeşinde bayılma ataklarının olduğunu, yapılan koroner anjiyografide tıkaçıcı lezyon olmaksızın koroner anomali saptandığını ve 38 yaşında aniden öldüğünü ifade ediyordu. Bu konuda hastanın verdiği bilgiler dışında bir bulguya ulaşmamız mümkün olmadı. Hastaya elektrofizyolojik çalışma yapmayı planladık fakat hasta daha ileri tetkik ve tedaviyi kabul etmeyerek hastaneden ayrıldı. Tüm bu bulgular hastada senkop ataklarının nedeni olarak VT, VT nedeni olarak da SSÇ anomali üzerinde yoğunlaşmamıza neden oldu.

Koroner çıkış anomali olan hastalarda egzersizle oluşan aritmilerin mekanizmasını araştırmaya yönelik çalışmalarda artmış ihtiyaca rağmen koroner kan akımının sabit kalması, ayrıca bölgesel miyokardiyal kan akımında

azalmaya neden olan metabolik anormallikler sonucu oluşan vazoaaktif olayların, bu durumun nedeni olabileceği öne sürülmüştür.^{8,9} Biz de olgumuzda VT nedeni olarak SSÇ dışında bir patolojiyi ön plana çıkaramadık.

Sonuç olarak SSÇ, koroner çıkış anomaliilerinin en sık görülen şeklidir ve genellikle iyi seyirlidir. Olgumuzu, eforla gelişen VT ve senkop ataklarının oluşması ve muhtemelen ailesel özelliğinin de bulunması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Jureidini SB, Marino CJ, Rao PS. Congenital coronary artery abnormalities. *Indian J Pediatr* 1998; 65: 217-29.
2. Ueyama K, Ramehandani M, Beall AC et al. Diagnosis and operation for anomalous circumflex coronary artery. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 377-81.
3. Rowe L, Carmody TJ and Askenazi J. Anomalous origin of the left circumflex coronary artery from the right aortic sinus: A familial clustering. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993; 29: 277-8.
4. Yamanako O, Hobbs RE: Coronary artery anomalies in 126.595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991; 21: 24-28.
5. Patterson FK: Sudden death in young adult with anomalous origin of the posterior circumflex artery. *South Med J* 1982; 75: 748-51.
6. Molajo AO, Bray CL, Prescott MC et al. Thallium 201 myocardial imaging in patients with angina pectoris and anomalous aortic origin of the circumflex coronary artery. *Int J Cardiol* 1988; 8: 371-381.
7. Basso C, Maron BJ, Corrado D et al. Clinical profile of congenital coronary artery anomalies with origin from the wrong aortic sinus leading to sudden death in young competitive athletes. *J Am Coll Cardiol* 2000; 35: 1493-501.
8. Sharma B, Francis G, Hodges M et al. Demonstration of exercise-induced ischemia without angina in patients who recover from out-of-hospital ventricular fibrillation. *Am J Cardiol* 1981; 47: 445-49.
9. Maron BJ, Epstein SE and Roberts WC. Causes of sudden death in competitive athletes. *J Am Coll Cardiol* 1986; 7:204-6.

