

Olgu Sunumu

Miyokard Enfarktüsü ile Başvuran Genç Bir Hastada Sol Ön İnen Arter Yaygın Trombüsün Tedavisi

Dr. Fatih Mehmet UÇAR*, Dr. Okan ER*, Dr. Emel ÖZKAN*, Dr. Fatma ESİN*, Dr. Hasan Çağlayan KANDEMİR*

Öz

EKG ile hızla tanısı konulan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü vakalarında tıkalı koroner arterin açılması hayat kurtarıcı tedavidir. Trombüs yükü fazla lezyonlara perkütan girişim yapıldığında distal embolizasyon, no-reflow, stent trombozu, revaskülarizasyon tekrarı, miyokard enfarktüsü ve ölüm daha sık görülür. Genç hastalarda perkütan koroner girişim kararı trombolitik tedavi sonrasında bırakılabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, Trombüs, Genç hastalar

Large Size Left Anterior Descending Artery in a Young Patient Presented with Myocard Infarction

Abstract

EKG is used to diagnose ST elevation myocard infarction and revascularization of occluded coronary artery is important for alive. Percutaneous coronary intervention to large size thrombus lesions may determine distally embolisation, no-reflow, stent thrombosis, re-peating revascularization, myocard infarction and death. In young patients, PCI may be delayed after trombolitik therapy.

Keywords: Acute coronary syndrome, Thrombus, Young patients

*Denizli Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Denizli

Yazışma Adresi: Fatih Mehmet Uçar, Denizli Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Denizli. e-posta: dr_fmucar@hotmail.com

Geliş Tarihi: 28.01.2015 Kabul Tarihi: 10.03.2015

Giriş

Akut miyokard enfarktüsünü başlatan temel faktör; aterom plağı rüptürüdür. Anlamalı kollateral damar yokluğunda tıkaçıcı trombüs sıklıkla ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü ile sonuçlanır.¹ Genç hastalarda görülen miyokard enfarktüsünün en sık nedeni sigara olarak bilinmekte ve tek damar hastalığı genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha sık görülmektedir.² Akut koroner sendrom tanısı ile koroner anjiyografi yapılan hastalarda yoğun trombüs ile karşılaşıldığında erken yapılacak işlemin olumsuz sonuçlarının daha fazla olduğu bilinmektedir.³ Sunacağımız genç bir akut koroner sendrom olgusunda olumsuz sonuçları azaltması açısından stent işlemi öncesi trombolitik tedavi uygulanmasından bahsedilecektir.

Olgu Sunumu

38 yaşında daha öncesinde koroner arter hastalığı hikayesi olmayan hasta, 3 saat önce başlayan göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Kan basıncı 130/80

mmHg, kalp hızı 75 atım/dk. olan hastanın çekilen EKG sinde inferior derivasyonlarda ST yükselmesi saptanması üzerine hasta kateterizasyon laboratuvarına alındı (Şekil 1). Yapılan sağ sistem görüntülemeye dominant koroner arter olan sağ koroner arterin (RCA) herhangi bir lezyon içermediği görüldü (Şekil 2). Sol sistem anjiyografide ise LAD (Left Anterior Descending) proksimalinde trombüs ve LAD distalinde trombüse bağlı akımın tıklandığı izlendi (Şekil 3). Göğüs ağrısı devam eden ve EKG'de ST yükselmesi olan hasta yoğun bakım yatağına alınarak işlemde yaklaşık 10 dakika sonra, periferik venöz yol aracılığı ile hastaya 40 mg tenekteplaz verildi.

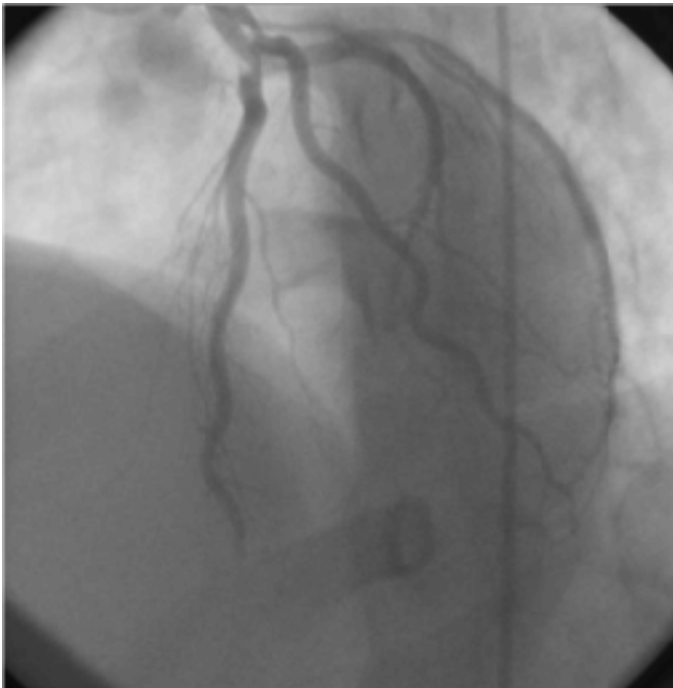
Hasta trombolitik tedavisinin uygulanmasından 3 saat sonra tekrar anjiyografiye alındığında LAD proksimal kısımda trombüsün azaldığı, distal kısımda ise akımın tamamen açıldığı izlendi (Şekil 4). LAD proksimal bölgeye azalmış trombüs alanını kapsayacak şekilde stent (3.0 mm çap ve 16 mm uzunluk) yerleştirilerek işleme son verildi (Şekil 5).



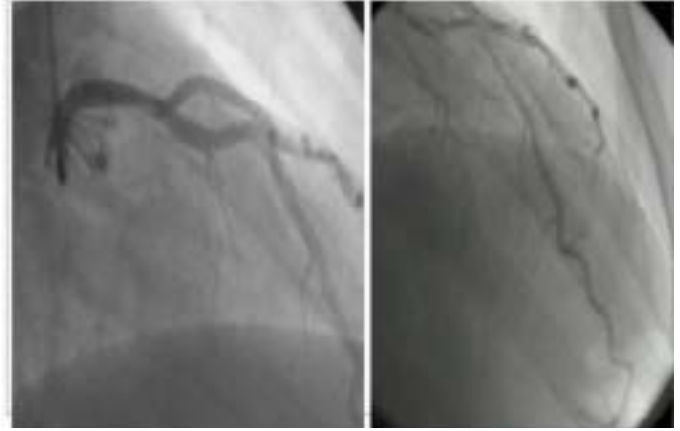
Şekil 1: EKG'de inferior derivasyonlarda ST yükselmesi



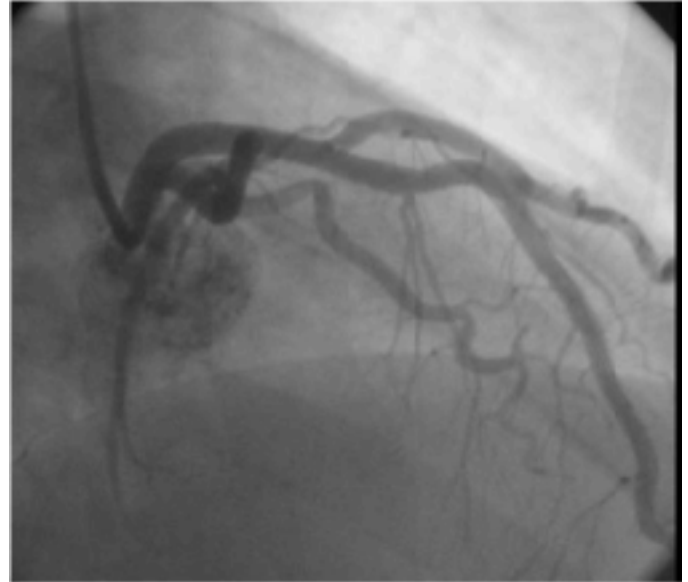
Şekil 2: Normal RCA koroner arter



Şekil 3: LAD proksimalinde trombus ve LAD distalinde trombüse



Şekil 4A: Proksimalde şüpheli görünüm, B: Distalde azalmış trombüs



Şekil 5: Kontrol anjiyografide LAD proksimalde azalmış trombüs ve distalde açık akım

Tartışma

Trombüs yükü fazla lezyonlara perkütan girişim yapıldığında distal embolizasyon, no-reflow, ani tıkanma, stent trombozu, revaskülarizasyon tekrarı, miyokard enfarktüsü ve ölüm daha sık görülür. Akut ST yükselmeli Mİ gibi hemen müdahale gereken durumlarda, trombüs yükü fazla olduğunda trombüs yükünü azaltmanın yolu trombektomi yapmaktır. Trombüs yükü fazla olduğunda hemen girişim yapmak mı, girişimi erteleyerek trombüs yükünü azaltmak için antitrombotik tedavi vermek mi gerektiği tartışmalıdır. Daha önce yapılan bir çalışmada trombüs yükü fazla olan hastalarda antitrombotik kullanılarak işlem ertelenmiş ve TIMI akımının daha iyi olduğu ve no-reflow'un daha az olduğu gözlenmiştir.⁴

Hastamızda uygulandığı gibi yaygın trombus saptanan ve distal akımın trombus nedeniyle oldukça azaldığı hastalarda trombus aspirasyonu yapılmasının distal trombus yükünü daha da artıracak ve bu hastalarda trombolitik tedavi uygulanması sonrasında işlemin ertelenmesinin de iyi bir seçenek olabileceğini düşünmekteyiz.

Trombolitik tedavi sonrası sorumlu darlık önemsizken, darlık bölgesinde şüpheli bir alanın saptanması sık karşılaşılan bir durumdur. Özellikle genç hastalarda, tedaviye nasıl devam edileceği tartışmalıdır. Ortaya çıkan darlık ciddi olmasa bile trombus varlığı, aktif bir plağın varlığı, gözden kaçabilecek diseksiyon varlığı gibi nedenler işlemin stent ile sonlandırılmasının daha uygun olacağını düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Fuster V, Badimon L, Badimon JJ, Chesebro JH. The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes(2). NEJM 1992;326:310-8.
 2. Kanitz MG, Giovannucci SJ, Jones JS, Mott M. Myocardial infarction in young adults: risk factors and clinical features. J Emerg Med 1996;14:139-45.
 3. Singh M, Reeder GS, Ohman EM et al. Does the presence of thrombus seen on a coronary angiogram affect the outcome after percutaneous coronary angioplasty? An Angiographic Trials Pool data experience. J Am Coll Cardiol 2001;38:624-30.
 4. Echavarría-Pinto M, Lopes R, Gorgadze T et al. Safety and efficacy of intense antithrombotic treatment and percutaneous coronary intervention deferral in patients with large intracoronary thrombus. Am J Cardiol 2013;111:1745-50.
-