

## Sol ventrikülde ikinci bir kavite oluşturan dev inferoposterolateral anevrizma olgusu

İlyas Akdemir<sup>1</sup>, Mustafa Yılmaz<sup>2</sup>, Şebnem Aktaran<sup>3</sup>, Murat Yüce<sup>2</sup>,  
Serdar Soydiç<sup>2</sup>, Yalçın Kepekçi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ve <sup>3</sup>İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

<sup>2</sup>Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

### ÖZET

Otuz sekiz yaşında, son iki haftadır giderek artan nefes darlığı yakınması nedeniyle başvuran erkek hastanın bir ay öncesinde üç saat süren şiddetli göğüs ağrısı olmuş. Yapılan transtorasik ekokar-diyoğrafi ve sol ventrikülografisinde oldukça nadir görülebileceği düşünülen, dev boyutlara ulaşmış, sol ventrikül inferoposterolateral anevrizması izlenmesi nedeniyle sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** dev inferoposterior anevrizma, sirkumfleks

### SUMMARY

#### A case of huge inferoposterolateral aneurysm caused a second cavity in the left ventricle

A thirty eight year old man admitted with progressive dyspnea. He had a severe chest pain history, lasted three hours, one month ago. Huge left ventricular inferoposterolateral aneurysm was documented by echocardiographic and left ventriculographic studies. This case is reported because of the quite rarity

**Key words:** Huge inferoposterolateral aneurysm, circumflex

### GİRİŞ

Sol ventrikül anevrizmaları myokard infarktüsü (MI) sonrası %5-10 oranında görülürler. Anterior myokard infarktüsünde anevrizma gelişimi, inferior MI'ya göre dört kat daha fazladır (1). Bu olguda, geçirilmiş inferoposterolateral MI'ya bağlı gelişen, tüm inferoposterolateral bölgeyi içine alan gerçek bir anevrizma, ikinci bir sol ventrikül kavitesi oluşturacak kadar dev boyutlara ulaşması nedeniyle sunulmuştur.

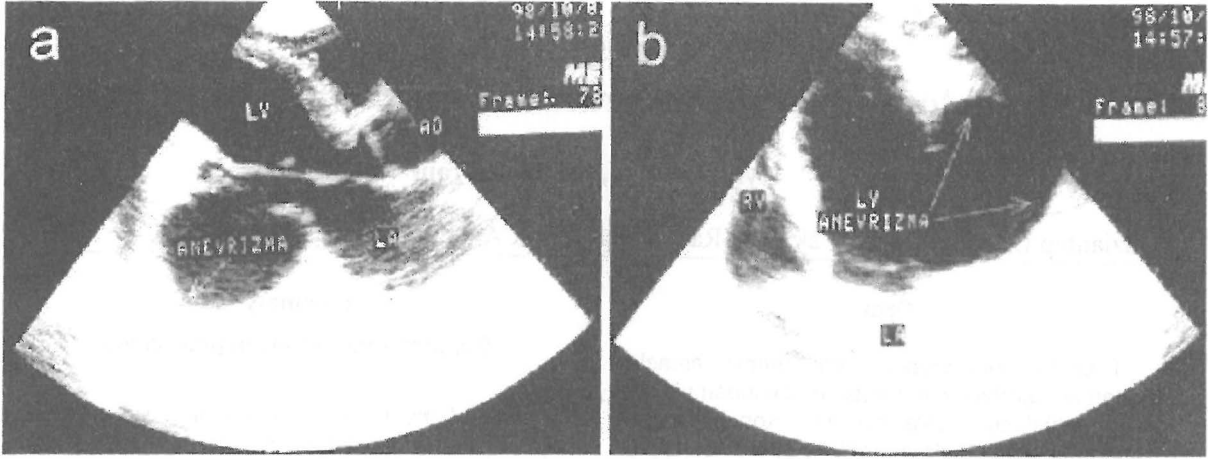
### OLGU SUNUMU

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, eforla çabuk yorulma ve nefes darlığı yakınmaları ile başvurdu. Daha öncesinde hiçbir yakınması yokken, bir ay önce ani başlayan, terlemenin eşlik ettiği üç saat süren, şiddetli göğüs ve sırt ağrısı olmuş. Herhangi bir hastaneye başvurmamış. Olaydan iki hafta sonra efor kapasitesinin azaldığını, günlük işlerini yaparken dahi çabuk yorulma ve nefes darlığı yakınmalarının olduğunu fark etmiş.

Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 110/70 mmHg, nabız sayısı 84/dak/ritmik idi. Solunum sistemi muayenesi normal, kardiyovasküler sistem muayenesinde S1-S2(+), apikal 2/6 şiddetinde pansistolik üfürüm mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu.

Elektrokardiyografisinde geçirilmiş inferoposterolateral MI bulguları saptandı. Akciğer grafisinde kardiyotorasik indeks kalp lehine artmıştı. Ekokardiyografide sol ventrikül inferoposterolateral bölgede, tüm ventrikülün yaklaşık %40'nı kaplayan, tüm duvar katmanlarını içeren ve dev boyutlara ulaşmış olan gerçek anevrizma izlendi (Resim 1a ve b). Ayrıca papiller adele disfonksiyonuna bağlı, orta derece mitral yetersizlik akımı izlendi. Hastanın genç ve yakınmaları olması nedeniyle yapılan koroner anjiyografisinde sol ön inen arter (LAD) normal, sirkumfleks (Cx) arter, ana koronerden ayrıldığı en proksimalinden %100 tıkalı idi ve distalinde doluş izlenmedi (TIMI 0). Sağ koroner arter (RCA) nondominant ve normal olarak izlendi.

✉ Dr. İlyas Akdemir, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep  
E-mail: ilyasakdemir@hotmail.com



**Resim 1 a ve b.** Dev inferoposterolateral anevrizmanın iki farklı ekokardiyografik pencereden görünümü

Sol ventrikülografide, inferoposterolateral bölgede dev gerçek anevrizma izlendi. Anevrizmektomi açısından değerlendirilmesi düşünülen hasta, cerrahi müdahaleyi kabul etmeyeceğini belirtmesi üzerine medikal tedavi kararı ile takibe alındı.

### TARTIŞMA

Sol ventrikül anevrizması, akut MI sonrası sağ kalan hastaların %5-10'unda gelişir (1). Anevrizma duvarı normal sol ventrikül duvarına göre daha ince, nekrotik kasla birlikte fibröz dokudan oluşan, nadiren de canlı miyokard dokusu içeren yapılardır(2). Anevrizma oluşumu intraventriküler basıncın her kalp kasılmasında infarktüsle kalp kasında gerilme yapıp genişlemeye yol açmasıyla olur. Zamanla anevrizma duvarı daha yoğun fibrotik hal alır ve her sistolde dışarı doğru balonlaşır ve sol ventrikül atım hacminin bir kısmını çalar (1).

Anevrizma genellikle distali kollaterallerle ıy beslenemeyen koroner arterin total oklüzyonunda gelişir (3). Çok damar hastalarında, kollaterali iyi gelişmiş ve total

oklüzyonu olmamış olgularda anevrizma gelişimi nadirdir.

Ön duvar miyokard infarktüsünde, inferoposterior duvar infarktüsüne göre anevrizma dört kat daha fazla gelişir(1). Bu durum ön duvar infarktüslerinin daha geniş bölgeyi tutmasına ve diafragmanın inferior bölgeye destek olmasına bağlanmaktadır. Nadir de olsa inferoposterior MI sonrası dev boyutlara ulaşan gerçek anevrizma olguları literatürde bildirilmiştir (4,5).

Olgumuzda, distalinde kollateral ağı gelişmemiş olan, dominant sirkumfleks arterin proksimalden tıkanması sonucu, beslediği geniş alanda dev anevrizmaya yol açması izlenmiştir. Dev anevrizmanın sol ventrikül atım hacminin önemli kısmını çalması ve mitral kapak disfonksiyonuna yol açması hastadaki bulguları açıklayacak özelliktedir.

Oldukça nadir rastlanabilecek büyüklükte ve inferoposterior bölgede olması nedeniyle sunulan olguda, anevrizmektomi indikasyonu olmasına rağmen, hastanın cerrahi girişimi kabul etmemesi yüzünden operasyon uygulanmadı

### KAYNAKLAR

1. Braunwald E. Heart Disease. Philadelphia, WB Saunders Company, 1997: 1256.
2. Faxon DP, Ryan TJ, Davis KB, McCabe CH, et al. Prognostic significance of angiographically documented left ventricular aneurysm from the Coronary Artery Surgery Study (CASS) Am J Cardiol 1982; 50:157-164.
3. Najafi H, Meng R, Javid H, Hunter JA, Goldin M, Monson DO, Najafi KL. Postmyocardial infarction left ventricular aneurysm. Cardiovasc Clin 1981; 12:81-91.
4. Das B, Kaushal SK, Venugopal P. Giant left ventricular inferior wall aneurysm. Indian Heart J. 1997; 49:77-78.
5. DePace NL, Dowinsky S, Untereker W, LeMole GM, Spagna PM, Meister SG. Giant inferior wall left ventricular aneurysm. Am Heart J. 1990; 119(2 Pt 1):400-402.