



Bir AKS Hikayesi, “Seni Bi de Bi Dahiliyeci Görsün”



As. Dr. Ali Nail YAĞCI

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı



**BİLİMSEL
NETWORK
TÜRKİYE**

İÇ HASTALIKLARINDA KLİNİKLER ARASI VAKA PAYLAŞIM TOPLANTILARI

Vaka

- 25 yaş, erkek hasta
- Suriyeli, İstanbul'da yaşıyor
- Kronik hastalık, düzenli kullandığı ilaç yok.

3 ay önce acil servise; 1 saat önce başlayan sıkıştırıcı tarzda göğüs ve sırt ağrısı, kolda güçsüzlük şikayeti ile başvuru.

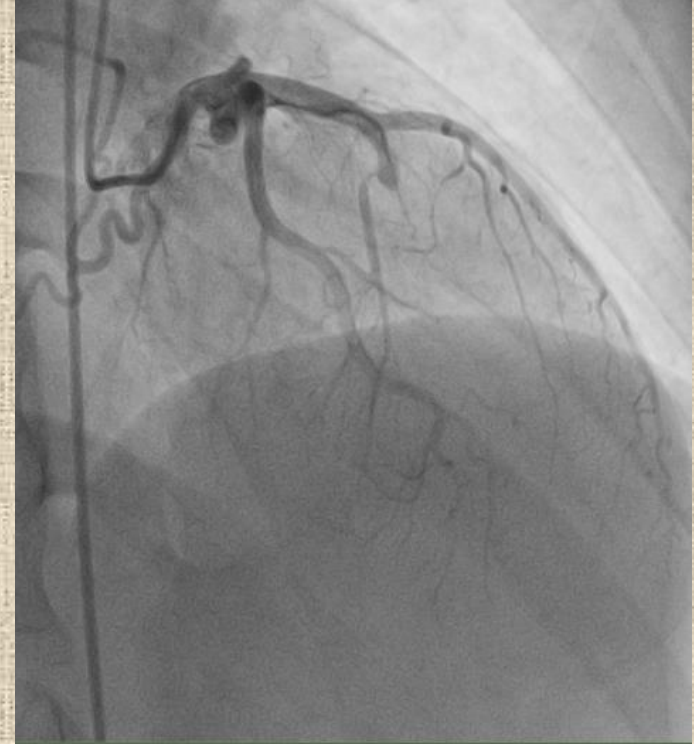
- EKG → V5 ve V6'da ST Depresyonu.
- EKO → Apikoseptum hipokinetik, EF : %50, Minimal Mitral Yetmezlik, Eser Triküspit Yetmezlik, AA Normal, Diseksiyon Flebi.
- Acil serviste bakılan ilk geliş troponini → 27.4 ng/L(Y)

Sizce Ayırıcı Tanılarda Ön Planda Hangi Hastalıkları Düşünebiliriz.?

- Gastroözefageal Reflü Hastalığı
 - Aort Anevrizması
 - Akut Koroner Sendrom
 - Pulmoner Emboli
 - Pnömotoraks
 - Akut Perikardit

Miyokard İnfarktüsü.??

- Takibinde troponin seyri → 27.4 ng/L(Y) → 2.108 ng/L(Y) → 13.378 ng/L(Y).
- Miyokard İnfarktüsü ön tanısı ile aynı gece Koroner Anjiyografi.
- KAG → LMCA normal, LAD MİD segmentten total tıkalı. RCA ve CX normal.
- Koroner Arter Hastalık ön tanısı ile hastanın LAD'sine Balon Dilatasyon ve Trombektomi.
- İtrakoroner Agrestat sonrasında TIMI 3 Akım +.
- Proksimalde Sakküler Anevrizma olması nedeni ile Agrestat İnfüzyonu sonrasında kontrol KAG planlandı.

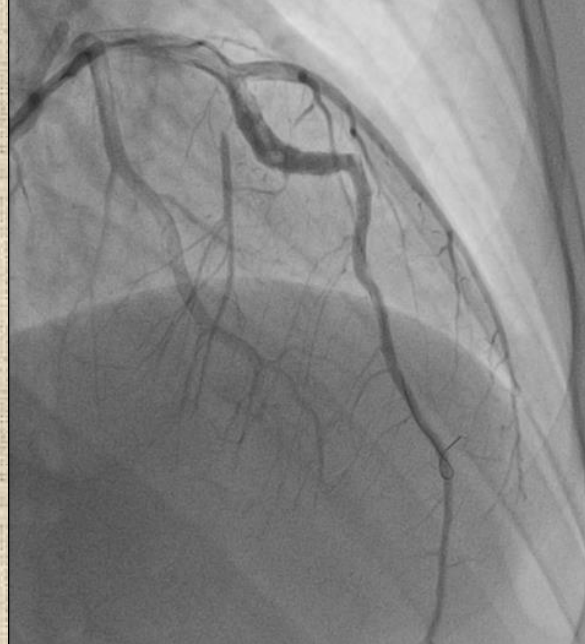


Miyokard İnfarktüsü??

Ertesi sabah tekrar KAG → LAD PCI + PTCA.

- KAG Raporu : Hastanın yaşına uygun olmayan damar yapısı.

- ASA 100 mg 1x1, Tikagrelor 90 mg 2x1, Metoprolol 50 mg 2x1, Ramipril 2.5 mg 1x1 ve Atorvastatin 40 mg 1x1.



Vaka

- Taburculuktan 15 gün sonra siyah renkli dışkılama şikayeti ile acil başvurusu → hematemez yok, 2 sene önce de GIS kanama öyküsü, RT'si Normal Gaita Bulaşı.
- Orali kapatılarak PPI infüzyonu +.
- Gastroskopi → Mide sekresyonu, peristaltizmi ve ekspansiyonu normal, Mide mukozasının renk ve görünümü hiperemik, Aktif kanama yok.
- Kardiyoloji önerisi ile Tikagrelor 90 mg 2x1 kesilerek Klopidoğrel 75 mg 1x1'e geçiliyor.
- Servis takiplerinde kademeli bir şekilde orali açılan, aktif kanaması ve hemogram düşüşü olmayan hasta Pantoprozol 40 mg 2x1, Sukralfat 4x1, ASA 100 mg 1x1, Klopidoğrel 75 mg 1x1, Metoprolol 50 mg 2x1, Ramipril 2.5 mg 1x1 ve Atorvastatin 40 mg 1x1 ile taburcu ediliyor.

Vaka

- Taburculuktan 3 ay sonra masif hemoptizi ile bir defa daha başvuru.
- Gastroskopi → Yüzeysel Peteşiyel Fungal Gastrit.
- PAAĞ → Normal.
- Pulmoner ve Abdominal BT Anjio → LAD'de yaklaşık 25 mm'lik stent ve kısmen tromboze görünüm, Pulmoner arterlerde bilateral alt loba giden dallarda sağda anevrizmatik dilatasyonun da eşlik ettiği tromboze görünümler.
- BT Anjio'sunda yaygın trombozlar ve geçirilmiş inferior MI öyküsü de bulunan hastaya bir kez daha KAG.



Vaka

- KAG → LAD proksimalde duvar düzensizliği, diagonal ayrımı sonrasında stent açık, damar ise ciddi anevrizmatik.

Anevrizma çapı 10 mm'ye ulaşmakta ve tüm MID bölgede holum. RCA ve CX normal.

- EKO → Sol Ventrikül Segmenter Duvar Hareket Kusuru, Hafif Derecede Mitral/Hafif Derecede Triküspit Yetersizlik, Minimal Perikardiyal Effüzyon.

Hasta BT Anjio ve sonrası yapılan KAG işleminde görülen dev anevrizmalar ve trombozlar nedeni ile tarafımıza yönlendiriliyor.

Neden 25 yaşıında bir AKS ve Koroner Anevrizma olsun.?

Genç erişkinlerde AKS beklenen bir tablo değildir ve mutlaka altta yatan bir neden araştırmak gerekir.

Genç Erişkinlerde Anevrizma Nedenleri

1)Konjenital Nedenler

2)Edinsel Nedenler

a)Ateroskleroz

b)İnflamatuvar Hastalıklar

- Kawasaki Hastalığı

- Takayasu Arteriti

- Dev Hücreli Arterit

- Behçet Hastalığı

3)İnfeksiyonlar

a)Mikotik Anevrizmalar

b)Septik Emboli

c)Bakteriyel Enfeksiyonlar

d)Sifiliz

e)Chlamydia ve diğer virüsler

4)Bağ Doku Hastalıkları

a)Marfan Sendromu

b)Ehler Danlos Sendromu

c)Fibromuskular Displazi

5)İlaç İlişkili Durumlar

a)Kokain

b)Amfetamin

6)Travma

7)İyatrojenik Nedenler

a)PTCA

b)Stent

c)Aterektomi

d)Anjiyoplasti

Sistem Sorgusu ve Fizik Muayene

- Ayda 3 defa tekrarlayan ve 1 hafta kadar süren oral aftlar +.
- Sigara içmiyor, son 1 aydır da aftları azalmış.
- Skar bırakan genital ülseri var, muayenede de aktif genitoüriner ülseri mevcut.
- Sırtta ve sternum üzerinde akneiform lezyonlar +.



Sistem Sorgusu ve Fizik Muayene

- Batında kollateraller mevcut. Organomegalisi yok.
- Bilateral pretibial ödemi yok. Eklem ağrısı yok
- Ailesinde ve/veya kendisinde bilinen bir romatolojik hastalık öyküsü yok.
- CRP'si Ocak/2020'den beri hep yüksek ve 50-200 mg/L bandında.



Hasta "Vasküler Tutulumlu Behçet Hastalığı" Ön Tanısı ile Servisimize İnterne Edildi.

Servis Takibi Sirasinda..

- EKO → Sol Ventrikül Sistolik fonksiyonu hafifçe azalmış, EF : %45, segmenter duvar hareket kusuru, anterior bazal ve mid seviyede hafif hipokinetik. Kalp boşlukları normal. Eser Mitral/Eser Triküspit Yetersizliği, Perikardiyal aralıkta en geniş yerinde 5 mm bası semptomuna yol açmayan mayii izlendi. LAD proksimalde duvar düzensizliği, diagonal ayrımı sonrasında stent mevcut. Stent açık, damar ise ciddi anevrizmatik izlendi. Anevrizma çapı 10 mm'ye ulaşmakta ve tüm MID bölgede holum. Pulmoner arter çapı normal. Kalp boşluklarında kitle/vegetasyon/trombüs izlenmedi.

Görüntülemeler

- Üriner Sistem USG, Portal Ven Doppler USG ve Renal Ven Doppler USG → Normal sınırlarda.
- Bilateral Renal Arter BT Anjio → Renal Arter trasesi boyunca darlık izlenmedi.
- Bilateral Alt Ekstremitte Venöz Renkli Doppler USG → Derin venlerde tromboz izlenmedi. Sağ SFJ çapı 4.5 mm olup valsalva manevrası ile yetmezlikle uyumlu geri akım izlendi. Sol SFJ çapı 3.5 mm olup valsalva manevrası ile yetmezlikle uyumlu geri akım izlendi.
- Bilateral Alt Ekstremitte Arteriyel Renkli Doppler USG → Arteriyel yapılarda duvar yapısı normal, tüm arterlerde trifazik akım mevcut, akım hızları normal sınırlar içerisinde, stenoz ile uyumlu monofazik ve dampened akım yok.

Görüntülemeler

- Bilateral Alt Ekstremitte BT Anjio → Vena Cava inferior hepatik segmenti patent olmakla beraber diğer segmentlerinde kontrast dolumu izlenmedi. Common İliak ve internal İliak venlerde vasküler dolum izlenmedi. Eksternal İliak venlerde kısmen vasküler dolum mevcut.
- Pulmoner ve Abdominal Aorta BT Anjio → LAD'de yaklaşık 25 mm'lik stent ve kısmen tromboze görünüm, Pulmoner arterlerde bilateral alt loba giden dallarda sağda anevrizmatik dilatasyonun da eşlik ettiği tromboze görünümler, Truncus Coeliacus proksimal çıkım yerinde orta ileri düzeyde darlık ve darlık sonrasında poststenotik dilatasyon. Batın ön duvarı ve arka duvarında paraspinal adeleler düzeyinde kollateral venöz damarlar. Bu kollateraller azygos ve hemiazygos sistemini kullanarak drene olmakta.

Görüntülemeler

- Koroner Arter BT Anjio ve Kardiyak BT →

- Sağ Koroner Arter (RCA) dominant özellikte. Kalibrasyonu olağan, konturları düzgün, anlamlı darlık yok.
- Sol Ana Koroner Arter (LM) kısa seyirli. Kalibrasyonu olağan, konturları düzgün.
- Sol Sirkumfleks Arter (LCX) non-dominant özellikte. Kalibrasyonu olağan, konturları düzgün, anlamlı darlık yok, dalları normal.
- Sol Anterior Desendan Arter(LAD) proksimal-orta kesimde yaklaşık 60 mm'lik segmentte yer yer sakküler formda da seçilen, diffüz anevrizmatik dilatasyon mevcut olup bu segmentlerde anevrizma lümenleri içerisinde proksimalde 30 mm, distalde 20 mm'lik kesimde stentler ve stentler arasında yaklaşık 12 mm'lik stentsiz mesafe mevcut.
 - Distal stent sonrasında LAD lümeni ince ve silik dansiteli olarak seçilmekte.
 - Tariflenen alan komşuluğunda ve perikard anterioruna uzanımlı belirgin yerinde 20 mm kalınlıkta ölçülen kan unsuru da içerebilecek 30-40 HU değerlerinde hematom-sıvı ile uyumlu görünüm mevcut.
- Koroner arterlerde anlamlı kalsifik aterosklerotik plak yok.

Laboratuvar Tetkikleri

- Sedimentasyon 109 mm/h(Y), CRP 81.7 mg/L(Y), procalcitonin 0.09 ng/mL(Y), Nötrofilik Lökositoz mevcut.
- Anti Beta-2 Glikoprotein IgM ve IgG, Anti Kardiyolipin IgM ve IgG normal.
- ANA 1/320 Nükleolar Pozitif, Anti PM-Scl Pozitif.
- MPO ANCA ve PR3 ANCA negatif.
- Protein S ve Protein C normal.
- Quantiferon negatif.
- Spot İdrar'da Prot/Cre : 606 mg/gün(Y), Alb/Cre : 252 mg/gün(Y)
- Kan ve İdrar Kültür'lerinde ise üreme yok.

Servis Takibi Sırasında..

- Göz Hastalıkları Konsültasyonu → Görme Keskinliği 1.0/1.0, Bilateral Ön Segment Doğal, Vitre Açık ve Saydam, Retinal Alanlar ve Makula Doğal. Üveit lehine bulgu izlenmedi.*
- Paterji Testi → Pulse Steroid altında Negatif.*

ISG-1990 Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri

Zorunlu Kriter(tanı için olmazsa olmazdır)

- Rekürren Aftöz Ülserler(bir yıl içerisinde en az 3 ve daha fazla sayıda görülen)

Minör Kriterler(tanı için en az iki tanesi gereklidir)

- Rekürren Genital Ülserler
- Göz Lezyonları(Anterior Üveit, Posterior Üveit, Retinal Vaskülit vs)
- Deri Lezyonları(Psödofollikülit, Eritema Nodosum vs)
- Pozitif Paterji Testi

ICBD(The International Criteria for Behçet's Disease)

2006 senesinde geliştirilen bu metoda göre 3 ve daha üzeri puan; %96.5 sensitivite, %97.3 spesifite ve %85.5 kesinlik ile Behçet Hastalığı tanısı koydurur.

- Oral Aftöz Ülserler : 1 Puan
- Genital Ülserler : 2 Puan
- Oküler Lezyonlar(Anterior Üveit, Posterior Üveit, Retinal Vaskülit vs) : 2 Puan
- Deri Lezyonları(Psödofolikülit, Eritema Nodosum vs) : 1 Puan
- Vasküler Lezyonlar(Süperfisial Flebit, Derin Ven Trombozu, Büyük Damar Trombozu, Arteriyel Tromboz, Anevrizma vs) : 1 Puan
- Paterji Testi Pozitifliği : 1 Puan

Koroner Dev Anevrizma tedavisi aısından mevcut bulgular ışığında hasta Kardiyoloji/Kalp Damar Cerrahisi konseyinde tartışıldı.

KARAR

Cerrahi giriřim gerektiđi ancak ysek kanama riski nedeni ile immnsuprese tedavinin beklenmesinin uygun olacađı

řeklinde verildi.

Özet

25 yaş, erkek hasta

Tekrarlayan Oral Aft, Skar Bırakan Genital Ülser, Follikülit, Atipik Yerleşen Yaygın Arteriyel ve Venöz Trombozlar, Koroner Anevrizma, Akut Faz Reaktanı Artışı

Sistemik Lupus Eritamatozus, Anti Fosfolipid Sendromu vs Serolojisi Negatif

Pulmoner ve Koroner Tipte Vasküler Tutulum ile Seyirli Behçet Hastalığı

Tedavi

- 3 gün 1000 mg Pulse Steroid ardından 60 mg/gün Metilprednizolon; taburculuğunda 48 mg/gün dozuna geçildi, doz azaltım şeması ile takip edildi.
- 300 mg infliksimab uygulandı. Takip eden dönemde baş ağrısı ve görme bulanıklığı gelişmesi nedeni ile kesilmek zorunda kalındı.
- Azatiopürin 50 mg 2x1 başlandı.
- infliksimab alamayacağı ve EF'si uygun olduğu için 1000 mg Siklofosfamid uygulandı, 3-6 küre tamamlanması planlandı.

Takip

- Sedimentasyon 4, CRP 0.6 mg/L, procalcitonin 0.02 ng/mL.
 - Üre : 52.9, Cre : 0.72, ALT : 37, AST : 22.
 - Troponin : 9.71, pro-BNP : 348.
 - Spot İdrar'da Prot/Cre : 90, Alb/Cre : 7
- Genel durumu iyi olan, semptomları toparlayan ve laboratuvar parametrelerince tam remisyon sağlanan hastanın ayaktan takibine ise devam edilmekte.

Saęlık, en büyük zenginliktir.

Teşekkürler