

farktüsünü taklit eden vazospastik angina olgusu" isimli yazıyı ilgiyle okudum (1). Yazarlar, 2,3 mg/m² dozda siklofosamid tedavisi alan 56 yaşındaki bayan hastanın ilaç uygulamasından 12 saat sonra elektrokardiyografisinde (EKG) D2-D3-aVF'de ST elevasyonu, D1-aVL ve V1'den V6'ya kadar ST çökmelerinin izlendiğini, hastanın sinüs ritminde ve EKG'deki kalp hızının 105/dakika olduğunu, kardiyak enzimlerinin normal olarak saptandığını belirtiyorlar. Bu bulguları eşliğinde yazının ekinde verilen kaynaklara dayalı olarak hastada yüksek doz siklofosamid tedavisine bağlı olarak kardiyak hasar oluşmuş olabileceğine dair tartışmalarını sürdürmektedirler.

Ancak, tartışmada değinilen konular ve faydalanılan kaynaklar dikkatlice değerlendirildiğinde, aslında sunulan hastanın kalp yetmezliğinden çok başlıkta da belirtildiği gibi vazospastik bir anjina geçirdiği açıktır. Dolayısıyla, tartışma hastanın gerçek klinik sorunu ile ilgili olmaktan uzak kalmıştır. Üstelik tartışmada değinilen kalp yetersizliği konusu ile ilgili hastaya ait bir bulgu belirtilmemiş, zaten ilacın uygulandığı 24. saatinde tüm bulguların normale döndüğünden bahsedilmiştir.

Tüm bu noktalar dikkate alındığında, hastanın mevcut durumunun siklofosamid tedavisine bağlı bir Kounis sendromu olma olasılığı kanımca daha yüksektir. Bilindiği gibi hastalığın iki varyantı bulunmaktadır. İlkinde normal koroner arterli ve kardiyak risk faktörleri bulunmayan hastalarda, alerjik reaksiyon sonrasında koroner spazm olması (eğer uzun sürmüyor ise kardiyak enzim troponin değerleri normal olabilir). İkinci tipinde ise önceden var olan bir aterosklerotik plak zemininde gelişen alerji reaksiyonunun plakta erozyon veya rüptür yapıp akut miyokard enfarktüsüne sebep olmasıdır (2).

Eğer yazı bu yönde değerlendirilirse literatür bilgileri dahilinde siklofosamide bağlı gelişen ilk Kounis sendromu olarak tanımlanabilir.

Serdar Kula
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji, Ankara, Türkiye

Kaynaklar

1. Teke Üsküdar H, Birdane A, Gülbaş Z. Vasospastic angina mimicking inferior myocardial infarction due to high dose cyclophosphamide for bone marrow transplantation conditioning. Anadolu Kardiyol Derg 2008; 8: 396-7.
2. Sinkiewicz W, Sobafski P, Bartuzi Z. Allergic myocardial infarction. Cardiol J 2008; 15: 220-5.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Serdar Kula,
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji, Ankara, Türkiye
Tel: +90 312 202 56 26 Faks: +90 312 212 90 12 E-posta: serdarkula@gmail.com

Yazarın Yanıtı

Sayın Editör,

Kemik iliği transplantasyonu sırasında kullanılan yüksek doz siklofosamide bağlı inferiyor miyokard enfarktüsünü taklit eden vazospastik angina olgusuyla ilgili yazıya istinaden

Editöre yazılan mektubun içeriğinde, tartışma sırasında ana konudan uzaklaşarak siklofosamide bağlı kalp yetersizliğinden bahsedildiği belirtilmiştir. Ancak ana konuya başlık ve hastanın klinik seyrinde değinilmiş, ilaçlara bağlı hastalıklarda geleneksel olarak yapıldığı gibi ilacın hasta üzerindeki diğer muhtemel önemli etkilerinden de bahsedilmiştir. Ana konudan sapma gibi görülen açıklamaların nedeni ilacın etkilerinin ve hasta kliniğinin net açıklanmak istenmesinden kaynaklıdır.

Ek olarak yazıda hastanın kliniği ile ilgili olarak ilgi çekici bir fikir bulunmaktadır. Bilindiği gibi Kounis sendromu alerjik reaksiyonlar nedeniyle histamin ve lökotrien aracılı gelişen vazospastik olaylardır. Muhtemel nedenler çok çeşitlidir (1, 2). Siklofosamid tipik bir etken olmamakla birlikte her ilacın alerjik bir reaksiyon oluşturabileceği düşünüldüğünde kabul görebilir.

Hastada bir ilaç kullanılmıştır ve vazospastik bir olay gelişmiştir, ancak bu olguyu Kounis sendromu yapmamalıdır. Hastanın açıklanan kliniğine bakılacak olursa hastada alerjik bir reaksiyonu düşündürecek herhangi bir semptom ya da bulgudan bahsedilmemiştir. Ek olarak hastada bazı kemoterapi rejimlerinden beklendiği gibi semptomları ve bulguları silikleştirebilecek ve belki de deyim yerindeyse asemptomatik alerjik reaksiyon tablosu oluşturabilecek bir premedikasyon hastaya verilmemiştir. Bu nedenlerle hastada Kounis sendromu öncelikle düşünülmemelidir. Ek olarak bazı kaynaklar incelendiğinde kan histamin düzeyi ölçümünün bu tip olguları saptamada yardımcı olabileceğinden söz edilmektedir (3). Hastamızda bu tip bir ölçüm yapılmamakla birlikte bu uygulamanın güvenilirliği de net değildir. Tartışmanın bu çerçevede yapılması kanımızca uygun olacaktır.

Hava Üsküdar Teke
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Kaynaklar

1. Sinkiewicz W, Sobafski P, Bartuzi Z. Allergic myocardial infarction. Cardiol J 2008; 15: 220-5.
2. Kounis N. Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): a natural paradigm? Int J Cardiol 2006; 110: 7-14.
3. Clejan S, Japa S, Clemenston C, Hasabnis SS, David O, Talano JV, et al. Blood histamine is associated with coronary artery disease, cardiac events and severity of inflammation and atherosclerosis. J Cell Mol Med 2002; 6: 583-92.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hava Üsküdar Teke,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
Tel: +90 222 239 29 79 Faks: +90 222 239 37 72 E-posta: havaus@yahoo.com

Kalp transplantasyonu sonrası transplant vaskülopati erken tanısında altın standart: İntravasküler ultrason

A gold standard method for early detection of transplant vasculopathy after heart transplantation: intravascular ultrasound

Kalp transplantasyonu (Tx) sonrası gelişen erken ateroskleroz uzun dönem hayatta kalma oranını kısıtlayan en önemli sebeplerden biridir (1). Kalp Tx' uygulanmış hastalarda görülen koroner ateroskleroz klasik koroner arter hastalığından gerek tanısıl, gerekse histopatolojik olarak farklılıklar göstermektedir ve transplant vaskülopatisi (TV) olarak da tanımlanmaktadır. Transplant vaskülopatisinin histopatolojik özelliklerinin, konsantrik fibröz intimal kalınlaşmadan, klasik ateroskleroz benzer şekilde komplike aterosklerotik lezyonlara kadar değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (2). Transplant vaskülopatisinin değerlendirilmesinde çeşitli girişimsel ve girişimsel olmayan yöntemler kullanılmasına rağmen intravasküler ultrason (İVUS) TV'nin erken tanısında önemli bir yöntem haline gelmiştir (3). Intravasküler ultrason ile tüm damar duvarı katmanları, ateromatöz plağın alanı, yayılımı ve içeriğinin değerlendirilebilmesi bu yöntemi klasik koroner anjiyografiye göre üstün kılmaktadır. Ülkemizde İVUS klasik ateroskleroz tanısında ve tedavi etkinliğinin izleminde birçok merkezde kullanılmasına rağmen TV erken tanısında kullanımına ait deneyimler sınırlıdır. Biz burada 1998-2003 yılları arasında merkezimizde izlenen kalp transplantasyonu uygulanmış 24 (19 erkek, 5 kadın) olgunun

İVUS incelemeleriyle ilgili deneyimimizi paylaşmayı amaçladık. Değerlendirilen olguların yaş ortalaması 47 ± 12 , ortalama izlem süresi 12 ± 4 ay idi. Tüm olgular stres ekokardiyografi ve endomiyokardiyal biyopsi uygulamasını takiben koroner anjiyografi ve İVUS görüntüleme metodu ile değerlendirildi. Koroner arter hastalığının varlığı, lokalizasyonu ve yaygınlığı kayıt edildi. Intravasküler ultrason incelemelerinde olguların %26'sında TV saptandı. Bu olguların %66'sında 2'den fazla koroner arterde belirgin intimal kalınlaşma ($>0,5\text{mm}$) saptanırken segmentlerin %25'inde distal lokalizasyon gözlemlendi. Ateroskleroz yaygınlığı, verici yaşı ($r=0,42$, $p=0,002$) ve biyopsi skoru ($r=0,40$, $p=0,001$) ile korelasyon göstermekte idi. İzlem süresinde (12 ± 4 ay) incelenen tüm segmentlerdeki damar lümeni alanında anlamlı bir değişiklik gözlenmedi. On hastada intimal hiperplazi (%43 segmentte) saptanırken, 4 hastada tüm koroner arter segmentlerinde pozitif yeniden biçimlenme saptandı. İntimal kalınlaşma sol ön inen arterde diğer arterlere göre anlamlı olarak daha fazla idi ($p<0,001$).

Girişimsel olmayan tanı yöntemlerinden dobutamin stres ekokardiyografi (DSE) haricindeki yöntemlerin TV tanısında yetersiz kaldığı görülmektedir (3). Yapılan çalışmalarda Tx sonrası 1. 2. ve 4. yılda klasik anjiyografi metoduyla TV sırasıyla %11, %22, %45 olarak bildirilmektedir (4). Koroner anjiyografi tetkiki klasik koroner arter hastalığı tanısında çok önemli bir yere (altın standart) sahip olmasına rağmen TV'nin erken tanısında bu yöntemin yetersiz kaldığı görülmektedir (3). Dobutamin stres ekokardiyografi sol ventrikül bölgesel duvar hareket kusuru gelişen olguların bir bölümünde koroner anjiyografi normal bulunmuş ancak olguların yapılan İVUS incelemelerinde diffüz intimal kalınlaşmanın olduğu gösterilmiştir (5). Normal DSE saptanan olgularda kardiyak olay gelişme riskinin anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmektedir. Ancak erken aterosklerotik lezyonların miyokardiyal fonksiyonlarda bozulmaya yol açmaması bu yöntemin duyarlılığı hakkında soru işaretlerinin oluşmasına sebep olmaktadır. Intravasküler ultrason değeri tartışılan tanı yöntemleri içerisinde yapılan klinik ve deneysel çalışmalar ışığında altın standart tanı yöntemi olarak ön planda yer almaktadır. Sonuç olarak İVUS kalp transplantasyonu sonrası gelişen erken ateroskleroz tanısında altın standart bir yöntem olarak ön plana çıkmaktadır ve yakın gelecekte kalp transplantasyonu yapılmış olguların izleminde rutin klinik uygulamada yerini alabilir.

**Serkan Saygı, Mehdi Zoghi, Sanem Nalbantgil, Tahir Yağdı*,
Mustafa Akın, Mustafa Özbaran*, İsa Durmaz*
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ve *Kalp Damar Cerrahisi
Anabilim Dalları, Bornova, İzmir, Türkiye**

Kaynaklar

1. Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, Boucek MM, Novick RJ. The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: seventeenth official report-2000. J Heart Lung Transplant 2000; 19: 909-31.
2. Pucci AM, Forbes RDC, Billingham ME. Pathologic features in long-term cardiac allograft. J Heart Transplant 1990; 9: 339-45.
3. Cohn JM, Wilensky RL, O'Donnell JA, Bourdillon PDV, Dillon JC, Feigenbaum H. Exercise echocardiography, angiography, and intracoronary ultrasound after cardiac transplantation. Am J Cardiol 1996; 77: 1216-19.
4. Johnson DE, Aldermann EL, Schroeder JS, Gao SZ, Hunt S, DeCampi WM, et al. Transplant coronary artery disease: histopathologic correlations with angiographic morphology. J Am Coll Cardiol 1991; 17: 449-57.
5. Gürgün C, Nalbantgil S. Echocardiographic evaluation of patients with heart transplant. Türk Kardiyol Dern Araş 2002; 30: 434-40.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Serkan Saygı, Karşıyaka Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Karşıyaka, İzmir, Karşıyaka Devlet Hastanesi Anadolu Caddesi No: 382 Serinkuyu, Karşıyaka, İzmir
Tel: +90 232 348 33 15 Gsm: +90 505 944 71 94+90 533 429 81 12
E-posta: serkankard@yahoo.com, serkankard@gmail.com

Paget-Schroetter syndrome

Paget-Schroetter sendromu

A 23-year-old male was admitted with right arm swelling and prominent superficial visible veins over the right side of the chest which was possibly associated to arm stretching exercise. His past medical history was unremarkable. Sonographic examination revealed thrombotic stenosis of the right subclavian vein. Venous angiogram of the right upper extremity disclosed non-visualization a part of the subclavian vein. Effort axillo-subclavian vein thrombosis occurring in otherwise normal individuals has been termed the Paget-Schroetter syndrome. This is an uncommon deep venous thrombosis due to repetitive activity of the upper limbs. Most cases of this condition are related to strenuous or prolonged sport or occupational activities, while others are associated with endogenous or exogenous risk factors. The most common cause is over stretching and contusion of the subclavian vein between the clavicle and first rib, during an unusual exercise of the arm. The damaged endothelium during this process initiates the thrombus formation, ultimately leading to obliteration of the subclavian vein. (Fig. 1, 2).

Untreated symptomatic patients can sustain long-term disability from venous obstruction resulting in significant loss of occupational productivity and quality of life. A majority of the literature supports a multimodal

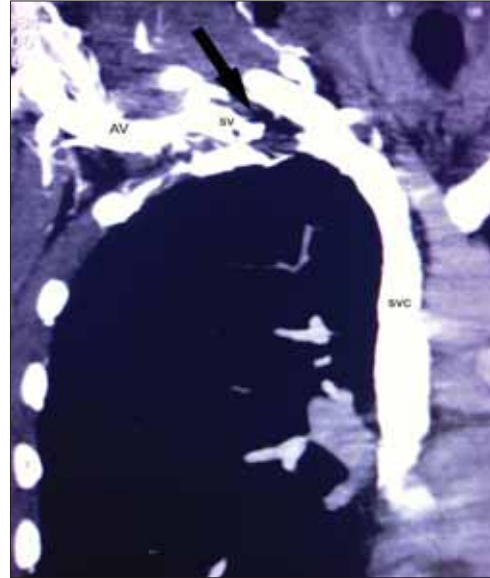


Figure 1. Contrast-enhanced multiplanar reconstruction coronal CT image demonstrating subclavian vein total occlusion (black arrow)

AV-axillary vein, CT-computed tomography, SVC - superior vena cava, SV - subclavian vein

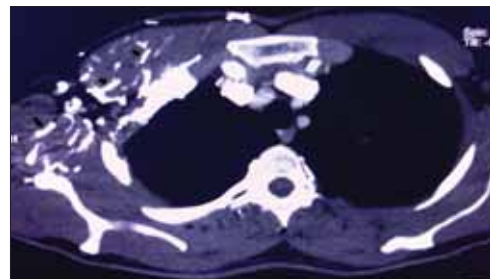


Figure 2. Axial CT image disclosed extensive venous collaterals on the right chest wall secondary to subclavian vein occlusion (arrows)

CT-computed tomography