

arter (Şekil 1), sirkumfleks arter (Şekil 2) ve sağ koroner arter (Şekil 3, Video 1. Video/hareketli görüntüler www.anakarder.com'da izlenebilir) ile sol ventrikül arasında fistül olduğu tespit edildi. Hastaya ileri yaş nedeni medikal takip kararı alındı.

Yasin Türker, Selahattin Akçay, Mehmet Özaydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

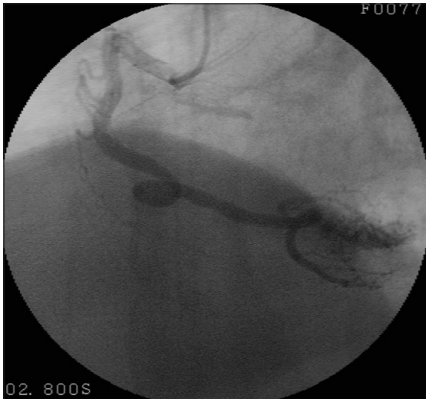
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Yasin Türker
Hızırbey M. 1519 S. No: 9 D: 3 32100 Isparta 32100 Isparta, Türkiye
Tel: 0246 232 95 03/1125 Mobile: 0505 654 61 69 E-posta: dryasinturker@hotmail.com



Şekil 1. Diyağonal arter ile sol ventrikül arasındaki fistülün anjiyografik görüntüsü



Şekil 2. Sirkumfleks arter ile sol ventrikül arasındaki fistülün anjiyografik görüntüsü



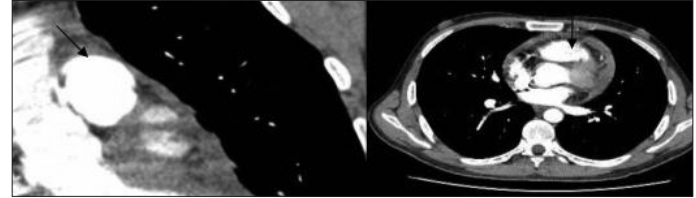
Şekil 3. Sağ koroner arter ile sol ventrikül arasındaki fistülün anjiyografik görüntüsü

Ani ölümle sonuçlanan bir koroner arter anevrizması olgusu

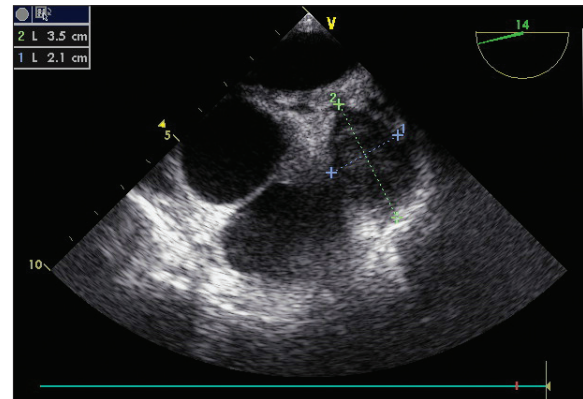
A case of coronary artery aneurysm resulted in sudden death

Koroner arter anevrizması nadir görülen bir anomali olup, damar çapında, komşu normal koroner arter segmentine göre 1.5 kat veya daha fazla genişleme olarak tanımlanır. Koroner arter anevrizmalarının anjiyografik insidansı %1.5-%4.9 olarak bildirilmiştir, en sık sağ koroner arterde ve erkek cinsten görülmektedir. Bilinen en sık neden ateroskleroz olup, Kawasaki hastalığı, bağ dokusu hastalıkları, otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar, konjenital nedenler, travma veya iyatrojen kaynaklı olabilir. Koroner arter anevrizmalarında stenoz olmadan da spazm, tromboz, distal embolizasyon ve spontan diseksiyon gibi sebeplerle anjina, akut miyokard enfarktüsü, kalp boşlukları içine veya perikard içine rüptür ve ani ölüm gelişebilir.

İki hafta önce bir hafta süren ateş, gece terlemesi ve batıcı karakterli göğüs ağrısı nedeniyle göğüs hastalıkları kliniği tarafından değerlendirilen 28 yaşındaki erkek hastanın çekilen torakal bilgisayarlı tomografisinde, koroner arter anevrizması olabilecek bir yapı (Şekil 1) izlenince kliniğimize refere edildi. Hastanın genel görünümü solgun ve kaşektik olup, iki hafta öncesine ait eritema nodosum hikayesi alındı. Özgeçmişinde bir yaşında iken, uzun süren ateşli bir hastalık öyküsü alındı. Vücut ısısı 37.2 °C, arteriyel kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 115/dk, kardiyak muayenesinde apikal 1/6 derece pansistolik üfürüm saptandı. Laboratuvar bulgularında Hb- 10.5 g/dl, beyazküre sayımı - 11300/µl, trombosit - 480000/µl, sedimentasyon - 70mm/sa, fibrinojen - 5.91g/l, DDimer - 1197 µl/l, C-reaktif protein - 17.0 mg/dl, HLA B5(-) ve HLA B27(-) olup, balgamda ARB(-), PPD(-) ve Paterji testi (-) saptandı. Elektrokardiyografide sinüzal taşikardi dışında, telekardiyografide de herhangi bir anormallik göze çarpmazken, transtorasik ekokardiyografide, minimal perikardiyal efüzyon ve ana pulmoner arter sol yan komşuluğunda 2.5x3.5 cm boyutlarında füziform şekilde bir yapı saptandı ve daha net bir değerlendirme için yapılan transözofajiyal ekokardiyografide,



Şekil 1. Torakal bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Şekil 2. Sol ön inen koroner arter anevrizmasının transözofajiyal ekokardiyografik görüntüsü

grafide, lümen içi sınırları düzensiz, içerisinde yavaş koroner arteriyel akımın alındığı, sol ön inen koroner artere ait füziform şekilli anevrizma (Şekil 2, Video 1-3. Video/hareketli görüntüler www.anakarder.com'da izlenebilir) saptandı. Hastada herhangi bir arterit sendromu ya da Kawasaki hastalığı olabileceği düşünülerek antienflamatuvar ve antiplatelet tedavi başlandı, ancak klinik takibi sırasında, kısa süreli göğüs ağrısını takiben ani ölüm gerçekleşti. Anevrizmada trombus oluşumu veya distal embolizasyonu, koroner disseksiyon veya anevrizma rüptürünün ani ölüm sebebi olabileceği düşünüldü.

Koroner arter anevrizmaları nadir görülmele birlikte, özellikle genç hasta grubunda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Transtorasik ve gerekirse transözofajiyal ekokardiyografi bu konuda oldukça fayda sağlarken, selektif koroner anjiyografi akut arterit durumlarında zararlı olabilir. Cerrahi tedavi seçenekleri tartışmalı olmakla beraber, anevrizmanın distal ligasyonu ve koroner baypas tercih edilebilir.

**Şenay Funda Bıyıköçü, *Sarper Ökten, Ayça Boyacı,
Hatice Selçuk, Erdal Duru
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kardiyoloji ve
*Radyoloji Klinikleri Ankara, Türkiye**

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Şenay Funda Bıyıköçü,
Farabi sokak, 18/17 Çankaya, Ankara, Türkiye
Tel: 0312 306 11 29 E-posta: fundabiyikoglu@yahoo.com

The accordion phenomenon

Akordiyon fenomeni

A 60-year-old woman, with a history of arterial hypertension was referred to our clinic for elective percutaneous coronary intervention (PCI) to the distal right coronary artery (RCA) stenosis. Right coronary ostium cannulated with a 6 French JR 4 guiding catheter. Because of the tortuosity of the vessel, a 0.014 inch extra support guidewire (Asahi Intecc Co., Ltd., Aichi, Japan) was chosen to improve the accessibility to the target stenosis (Fig. 1A). After crossing stenosis with the guidewire, RCA was straightened and a new dissection-like lesion appeared in the straightened part of RCA (Fig. 1B). We considered dissection and "accordion" phenomenon as main diagnostic possibilities. We also gave intracoronary nitroglycerine to rule out coronary spasm, with no change in the lesion. Because there was no coronary flow impairment, we decided to continue the procedure. A 3.0 X 9 mm Ephesus stent (Nemed Manufacturing Inc., Istanbul, Turkey) was implanted with direct stenting technique to distal RCA stenosis with a good angiographic result, but dissection-like lesion continued to be present. Because of high possibility of "accordion" effect, we withdrew the guidewire and a repeat angiogram revealed that the lesion resolved (Fig. 1C).

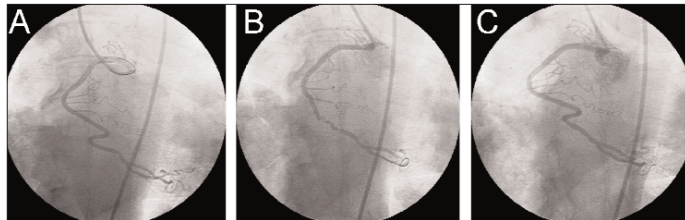


Figure 1. Baseline angiogram. Distal RCA lesion is seen (A). After crossed stenosis with the extra support guide wire, the RCA was straightened and a new dissection-like lesion appeared in the straightened part of the RCA (B). Final angiogram after withdrawal of the guide wire (C)

RCA- right coronary artery

This case demonstrates that straightening of a tortuous coronary artery due to a stiff guidewire may result in dissection-like lesions named the "accordion" phenomenon. This phenomenon must be recognized if potentially deleterious and further PCI should be avoided.

**Sedat Türkoğlu, Timur Timurkaynak
Department of Cardiology, Faculty of Medicine,
Gazi University, Ankara, Turkey**

Address for Correspondence/Yazışma adresi: Dr. Sedat Türkoğlu, Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, 06500, Beşevler, Ankara, Türkiye
Fax: +90 312 212 90 12 Phone: +90 312 202 56 29 E-mail: turkogusedat@gmail.com

Thrombotic lesion of saphenous vein graft resolved by antiaggregant therapy



Antiagregan tedavi ile çözülen trombotik safen ven grefti lezyonu

A 68-year old man with acute coronary syndrome (unstable angina pectoris) was admitted to the coronary care unit. He had history of hypertension, diabetes mellitus and coronary artery bypass graft surgery. Physical examination was normal. He was treated with aspirin, β blocker, clopidogrel, low molecular weight heparin, angiotensin converting enzyme inhibitor and intravenous nitroglycerin. Electrocardiographic and cardiac enzyme changes were not observed during the three days of follow-up. Coronary angiography showed a patent left internal mammary artery to the left anterior descending artery with critical stenoses in the proximal and the mid segments, a patent saphenous vein graft (SVG) to the first diagonal branch with 70% stenosis and 80% thrombotic lesion in SVG to the obtuse marginal branch (Fig. 1, left panel, Video 1. See corresponding video/movie images at www.anakarder.com). Percutaneous coronary intervention (PCI) was planned for SVG lesion. Followed by glycoprotein IIb/IIIa inhibitor (tirofiban) 25 μ g/kg/3min loading dose, a 24-hour continuous 0.15 μ g/kg/min infusion were given and then the patient underwent coronary intervention. We found that the SVG lesion disappeared (Fig. 1, right panel, Video 2. See corresponding video/movie images at www.anakarder.com). In conclusion, in thrombotic saphenous vein graft lesions when PCI is planned, if emergency is not necessary, administration of glycoprotein IIb/IIIa may obviate the need for any intervention.

**Abdi Bozkurt, Abdurrahman Tasal, Esmeray Acartürk,
Department of Cardiology, School of Medicine,
Çukurova University, 01330, Adana, Turkey**

Address of Correspondence/Yazışma Adresi: Abdi Bozkurt, MD,
Çukurova University, School of Medicine, Department of Cardiology,
01330, Adana, Turkey Phone/Fax: +90 322 338 71 35 E-mail: abozkurt@cu.edu.tr

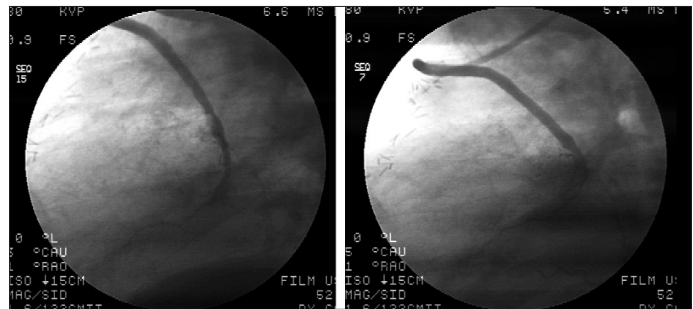


Figure 1. Thrombotic lesion in the distal segment of saphenous vein graft (left panel). The lesion disappeared after tirofiban infusion (right panel)