

Genç Bir Behçet Hastasında Tekrarlayan Akut Miyokard İnfarktüsü

Recurrent Acute Myocardial Infarction in a Young Patient with Behcet Disease

Mehmet ÇELEBİ¹, Hüseyin NACAR¹, İmran CEREN¹, Kemal GÖÇER¹, Murat AK-KOYUN¹, Gürkan ACAR²

¹Araş. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

²Doç. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

Özet

Behçet Hastalığı, kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Kardiyak tutulum, özellikle koroner embolizasyon Behçet Hastalığı'nın oldukça nadir bir bulgusudur. Bu yazıda, tekrarlayan miyokard infarktüsü meydana gelen bir Behçet olgusunu sunduk.

Anahtar kelimeler: Behçet Hastalığı, koroner trombus, miyokard infarktüsü, tedavi

Abstract

Behcet Disease is a chronic, systemic inflammatory disease. Cardiac involvement, especially coronary embolization is a quite rare manifestation of Behcet Disease. In this paper, we present a young Behcet case who had presented with recurrent myocardial infarction.

Key words: Diabetes, education, physical activity, hypoglycemia

GİRİŞ

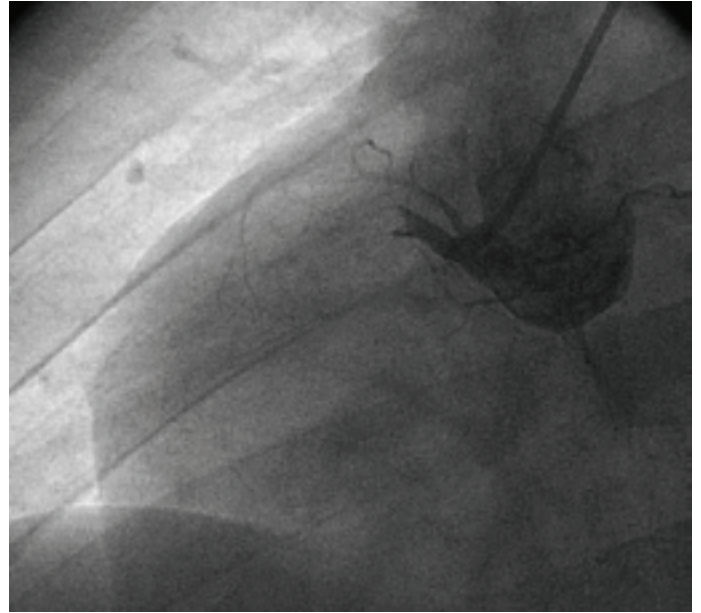
Behçet Hastalığı kronik, sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu hastalığın muko-kütanöz sistem, gastrointestinal sistem, ürogenital sistem, kas iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem ve göz tutulumu olabilir. Behçet Hastalığı'nın tomboflebit, psödoanevrizma, arteriyel tromboemboli, kalp boşlukları içerisinde trombus oluşumu, koroner anevrizma ve akut miyokard infarktüsü gibi kardiyovasküler komplikasyonları bildirilmiştir (1-3). Bu yazıda tekrarlayan akut miyokard infarktüsü gelişen genç bir Behçet Hastasını sunduk.

OLGU SUNUMU

27 yaşında erkek hasta kliniğimize akut inferiyor miyokard infarktüsü nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinden 4 yıl önce ve 1 ay önce 2 kez daha kalp krizi nedeniyle koroner girişim yapılmış olduğu öğrenildi. Ayrıca, 4 yıldır Behçet Hastalığı nedeniyle Romatoloji kliniğinden takip edilmekte idi. Hastada majör aterosklerotik kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden hiçbirisi yoktu. Behçet Hastalığı nedeniyle azotipirin 200 mg/gün ve koroner arter hastalığı nedeniyle asetilsalisilik asit 100 mg/gün, klopidogrel 75 mg/gün ve atorvastatin 40 mg/gün kullanmakta idi. Hastaya akut miyokard infarktüsü nedeniyle koroner anjiyografi yapıldı. Sol ön inen arter ve sol sirkumfleks arter normal idi. Sağ koroner arterin proksimalinde tam tıkanıklığa neden olan yoğun trombus görünümü izlendi.

Hastaya balon anjiyoplasti ve trombus aspirasyon işlemi yapıldı. Bu işlemlerden sonraki anjiyografide sağ koroner arterin orta segmentine daha önceden stent implantasyonu yapılmış olduğu görüldü. Sağ koroner arterin proksimal ve orta segmentinde trombus yükü azalmış olmakla birlikte devam etmekte idi.

Resim 1. Sağ koroner arter proksimalinden tam tıkanıklığa neden olan trombus ile uyumlu anjiyografik görünüm.

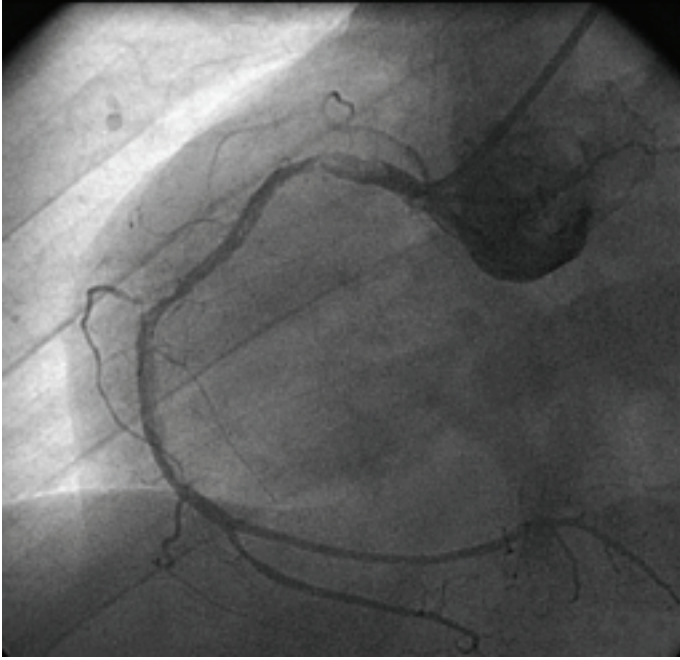


Sağ koroner arterde distal TIMI – III akım sağlandı. İşlem sonrasında hastanın göğüs ağrısı yakınması belirgin olarak azaldı, elektrokardiyografide ST segment yüksekliğinde yeterli azalma sağlandı. İşlem sonrasında 24 saat boyunca tirofiban 0.1 mikrogram/kg infüzyonu yapıldı. Hasta miyokard infarktüsünün 4. Gününde asetilsalisilik asit 100 mg/gün, klopidogrel 75 mg/gün ve atorvastatin 80 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi. Ayaktan takiplerinde Behçet Hastalığı nedeniyle kullanmakta olduğu ilaçlar siklofosamid 100 mg/gün ve düşük doz prednisolon şeklinde romatoloji kliniğinden düzenlendi. Otuz gün sonraki ilk poliklinik kontrolünde hastamızda tromboembolik komplikasyonlara yatkınlık oluşturabilecek

İletişim: Dr. Mehmet ÇELEBİ
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Tel : 0 (344) 280 30 86
e-posta : dr.mehmetcelebi@hotmail.com
Kabul Tar: 17.10.2014

Resim 2. Perkütan balon anjiyoplasti ve trombüs aspirasyonu sonrası sağ koroner arterin anjiyografik görünümü: distal kan akımı sağlanmış olmakla birlikte, proksimal ve orta segmentte trombüs görünümü devam etmekte.



hematolojik hastalıkları araştırmak için faktör V Leiden mutasyonu, G20210A protrombin gen mutasyonu, antifosfolipit antikorları, homosistein antitrombin, protein C ve protein S düzeyleri bakıldı. Bu değerlerin hepsi de normal bulundu. Bu yüzden hastamızda tekrarlayan miyokard infarktüsü ataklarının Behçet Hastalığı ile ilişkili olduğunu düşündük. Hastamız halen 6 aydır semptomsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Behçet hastalığı ile ilişkili kardiyovasküler tutulum, ölüm de dahil olmak üzere önemli komplikasyonlara neden olabilir. Ayrıca hastalığın klinik olarak ilerlemesini göstermesi bakımından da önemlidir (1-3). Ülkemizden bildirilen farklı iki seriye göre, Behçet Hastalığı'nda vasküler tutulum oranı % 6.9 – 39.4 arasında değişmektedir (1, 2).

Akut miyokard infarktüsü genellikle aterosklerotik plaktan kaynaklanmaktadır. Ancak, özellikle genç miyokard infarktüsü hastalarında aterosklerotik plak dışında tromboemboli, travma, vaskülit (arterit), sistemik fibrinolitik aktivite azalması ve bağ doku hastalıkları gibi diğer etiyolojik nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır (4). Hastamız genç yaşta idi, aterosklerotik majör risk faktörlerinden hiçbirisine sahip değildi. Ayrıntılı hematolojik incelemede sistemik fibrinolitik aktivite azalması veya trombüs oluşumuna zemin hazırlayacak herhangi bir hematolojik bozukluk saptanmadı. Bu yüzden tekrarlayan miyokard infarktüsünün Behçet Hastalığı zemininde geliştiğini düşündük.

Miyokard infarktüsü Behçet Hastalığı'nın son derece nadir komplikasyonlarından birisidir. Bu yüzden bu hastaların akut dönem tedavisinin nasıl yapılacağına dair genel kabul görmüş literatür bilgisi yoktur (3). Bu komplikasyon ve tedavisi ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar veya kılavuz bilgisi olmadığı için, bilgilerimiz tek tek bildirilmiş olgu sunumları verileri ile sınırlıdır. Bazı olgular perkütan anjiyoplasti / stent implantasyonu ile, bazı olgular anjiyoplasti / trombüs aspirasyonu ile, bazı olgular yoğun antiagregan tedavi ile, bazı olgular da intrakoronar trombolitik uygulaması ile tedavi edilmiştir (5-7). Sunduğumuz olgu 3 kez akut inferiyör miyokard infarktüsü

geçirmiştir. Daha önceki miyokard infarktüsü atakları perkütan anjiyoplasti ve stent implantasyonu ile tedavi edilmiştir. Hasta Behçet Hastalığı açısından aktif olmayan periyotta olmasına rağmen, miyokard infarktüsü sonrası optimum tedavi alıyor olmasına rağmen 3. kez akut miyokard infarktüsü geçirmiştir. Hastamız ikili antiagregan ve yüksek doz statine ilaveten, Behçet Hastalığı için immüsupressif ilaç ve sistemik kortikosteroid tedavi kombinasyonu ile 6 aydır semptomsuz olarak takip edilmektedir.

Sonuç olarak, Behçet Hastalarında akut miyokard infarktüsü ile karşılaşılabilir. Bu hastalarda miyokard infarktüsü atreoklerotik plaktan ziyade yoğun trombüs oluşumu ile ilişkili olabilir. Bu yüzden, bu hastaların akut dönem tedavisinde gereksiz stent implantasyonundan kaçınılmalıdır. Bu hastaların akut dönem tedavisinde, koroner trombüs yükünün azaltılması için başarılı trombüs aspirasyonu ile birlikte glikoprotein IIb/IIIa antagonistlerinin kullanımı uygun bir tedavi seçeneği olabilir. Ayrıca, immüsupressif tedavi ile sistemik kortikosteroid tedavinin birlikte kullanımı uzun dönem takiplerde miyokard infarktüsünün tekrarlama riskini azaltabilir.

KAYNAKLAR

1. Tursen U, Gurler A, Boyvat A. Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's disease. *Int J Dermatol* 2003; 42: 346–351.
2. Düzgün N, Ateş A, Aydıntuğ OT et al. Characteristics of vascular involvement in Behçet's disease. *Scand J Rheumatol* 2006; 35: 65–68.
3. Fei Y1, Li X, Lin S, et al. Major vascular involvement in Behçet's disease: a retrospective study of 796 patients. *Clin Rheumatol* 2013;32: 845-852.
4. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP. Braunwald's Heart Disease. The vascular biology of atherosclerosis. Philadelphia, Saunders Elsevier 2008; 985-1002.
5. Nurkalem Z, Uslu N, Gorgulu S, Eren M. Left main coronary thrombosis with essential thrombocythemia. *J Thromb Thrombolysis* 2006; 22: 165–167.
6. Tezcan H, Yavuz S, Fak AS, Aker U, Direskeneli H. Coronary stent implantation in Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20: 704–706.
7. Management of acute coronary syndrome in a case of Behçet's disease. Ergelen M, Soyulu O, Uyarel H, Yildirim A, Osmonov D, Orhan AL. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2009; 20: 715-718.