

## KORONER ANJİYOGRAFİ SIRASINDA RASTLANTISAL OLARAK BULUNAN KALSİFİK LEZYON: KİST HİDATİK

Dr. Ekrem Yeter, Dr. Telat Keleş, Dr. Tahir Durmaz, Dr. Murat Akcay, Dr. Nihal Akar Bayram, Dr. Engin Bozkurt

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Ellidört yaşında erkek hasta acil serviste göğüs ağrısı nedeni ile değerlendirildi. Akut inferior posterior ve sağ ventrikül miyokard infarktüsü (MI) tanısıyla yoğun bakıma alındı. Yatışının 6. gününde hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografi esnasında hastanın sağ üst kadran bölgesinde floroskopide rastlantısal olarak belirgin kalsifik bir alan izlendi. Yapılan ileri incelemelerde kalsifikasyonun rüptüre olmak üzere olan yer yer cidarı incelmış karaciğer kist hidatiğine bağlı olduğu tespit edildi. Koroner anjiyografi işlemi

sırasında floroskopide görülen kalp dışı kalsifikasyonlar gözardı edilmemeli gerekli tanı yöntemleri ile incelenmelidir. Rastlantısal olarak bulunan bu kalsifik lezyonların altından önemli hastalıkların çıkabileceği düşünülerek en azından hasta, ilgili kliniğe sevk edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Koroner anjiyografi, Floroskopi, Kalsifikasyon, Kist hidatik

(*Türk Girişimsel Kard. Der. 2009;13:164-166*)

### GİRİŞ

Koroner anjiyografi, koroner arter hastalığını aydınlatmak ve koroner arter hastalığı olanlarda tedavi seçimini belirlemede en güvenilir anatomik bilgi sağlayan tanı yöntemidir. Koroner anjiyografi esnasında floroskopide genellikle aort ve mitral kapağa ait kalsifikasyonlar dikkat çekmekle birlikte çoğu zaman kalp dışı bölgelerdeki kalsifikasyonlar göz ardı edilmektedir. Batın bilgisayarlı tomografi, batın ultrasonografi ve röntgenogramda rastlantısal olarak belirlenen kalsifik lezyonlar bildirilmiştir. Kalsifik lezyonlara sık karşılaşılmakla birlikte<sup>1</sup>, bu tip lezyonların altından karaciğer ve akciğer bolgelerinde sık yerleşmesi nedeniyle en çok kist hidatik çıkmaktadır<sup>2</sup>. Bazen bu kistik yapıların rüptüre olması nedeniyle hasta daha da komplike hale gelebilmektedir. Burada kalp açıdan stabil hale gelen, ancak rüptüre olma riski olan, koroner anjiyografi esnasında, floroskopide rastlantısal olarak tespit ettiğimiz kist hidatik vakasını sunmak istiyoruz.

Bu tür vakalardan kalp merkezlerinde, günlük rutin uygulamalar sırasında sık karşılaşılabileceğini düşünmekle beraber şu ana kadar literatürde koroner anjiyografi işlemi sırasında floroskopide kist hidatiğe bağlı

kalsifikasyon gözlenen vaka bildirilmemiştir.

### OLGU SUNUMU

Ellidört yaşında erkek hasta acil serviste göğüs ağrısı nedeni ile değerlendirildi. Göğüs ağrısı retrosternal bölgede baskı tarzında olup 2 saattir devam etmekteydi. Özgeçmişinde sigara dışında risk faktörü saptanmadı. Fizik muayenesi normaldi. Elektrokardiyografide DII-III, aVf V4R' de ve posteriyor derivasyonlarda ST elevasyonu mevcuttu. Hasta akut inferior posterior ve sağ ventrikül MI tanısıyla yoğun bakıma alındı. Trombolitik tedavi uygulandı. Ve gerekli diğer tedavisi düzenlendi. Takibinde hastanın kardiyak enzimlerinde yükselme ve hemogramında hafif bir beyaz küre artışı dışında laboratuvar parametreleri normaldi. Yatışının 6. gününde hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografi esnasında hastanın sağ üst kadran bölgesinde floroskopi ile rastlantısal olarak yuvarlak düzgün kenarlı, kenarları belirgin kalsifik bir alan izlendi (Şekil 1).

Koroner anjiyografi sonrası yapılan batın ultrasonografi incelemesinde karaciğer sol lobda Tıp 5 kist hidatik ile uyumlu 40 mm çapında cidarı kalsifiye içinde solid alanlar içeren kistik lezyonlar izlendi. ELİSA (Ekinokok Ig E) ve batın bilgisayarlı tomografi ile tanı doğrulandı ve hasta gastroenteroloji bölümüne sevk edildi. Takibinde operasyon kararı verilen hasta genel cerrahi kliniği tarafından opere edildi. Kist cidarının aynı zamanda yer yer incelmeler gösterdiği rüptür riski

Yazışma Adresi: Dr. Ekrem YETER

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji  
Kliniği, 06800, Ankara  
Tel: +90-312-2912525  
Fax: +90-312-2912705  
E-mail: ekremyeter@hotmail.com  
Geliş Tarihi:08.04.2009  
Kabul Tarihi:24.06.2009

**Şekil 1:** Sol anterior oblik kraniyal projeksiyonda sağ koroner anjiyografi esnasında floroskopi ile tespit edilen kalsifikasyon



taşıdığı operatörler tarafından ifade edildi.

### TARTIŞMA

Batın ve akciğer röntgenogramında karaciğer lojuna uyan bölgede kalsifikasyon gözlenen pek çok sayıda vaka bildirilmiş olmakla birlikte şu ana kadar literatürde koroner anjiyografi sırasında rastlantısal olarak karaciğer lojuna uyan bölgede kalsifikasyon gözlenen vaka bildirilmemiştir. Vakamızda koroner anjiyografi esnasında karaciğer lojuna uyan bölgede kalsifikasyon izlenmiş olup yapılan ileri incelemelerde kalsifikasyonun karaciğer kist hidatiğine bağlı olduğu tespit edildi. Kalsifik lezyonlar içinde granulomatoz inflamasyonla karakterize tuberkülozis ve sarkoidozis en sık görülenleridir<sup>3,4</sup>. Hepatik sistozomiazis japonika da karaciğerde distrofik kalsifikasyona ve fibrozise yol açabilmektedir. Kolorektal karsinomların metastazları ve musinöz kolanjiyoseluler karsinoma karaciğerde kalsifik kitlere neden olabilirler<sup>4,5</sup>. Hemanjiomlar, özellikle geniş olanları fibrozis alanlarında merkezi olarak yerleşen geniş kalsifikasyonlara yol açabilirler<sup>6</sup>. Hepatoseluler adenomada kalsifikasyonlar tek veya çok sayıda olabilir ve genellikle karmaşık heterojen bir kitlenin içine eksantrik olarak yerleşir. Primer amiloidozis nedeniyle hepatic ve splenic kalsifikasyonlar bildirilmiş<sup>7</sup> olmakla birlikte hepatic arter anevrizması olan bir vakada kalsifikasyon rapor edilmiştir<sup>8</sup>. Ayrıca brusella suis enfeksiyonuna bağlı doku kalsifikasyonu görülmektedir<sup>9</sup>.

Hidatik kistler tipik olarak karakteristik görüntüleme bulguları ile gösterilebilmesine rağmen görüntüler sekonder enfeksiyon veya kist rüptürü nedeniyle komplike hale gelebilir. Ultrasonografi özellikle hepatic hastalıkta seçilecek görüntüleme yöntemi olmakla beraber enfekte kisti ve kist duvar kalsifikasyonunu göstermede CT daha üstündür<sup>10</sup>. Rastlantısal olarak tespit ettiğimiz bu vakada kist hidatik ile akut MI arasında bir bağlantı olup olamayacağını vurgulamaktan ziyade, kalp açıdan stabil hale gelen ve hayatı tehlikeyi atlatan hastamızın olası bir kist rüptürü sonucu yeni bir hayati tehlikenin içine düşebileceği ve geniş bir perspektif ile rutin dışına çıkararak kardiyak açıdan önemsiz gibi görünen kalsifikasyonun incelenmesi sonucu rüptür riski taşıyan bir kist hidatik vakasını vurguladık.

Sonuç olarak koroner anjiyografi esnasında floroskopide görülen kalp dışı kalsifikasyonlar göz ardı edilmemeli, kalp dışı hayati tehlike arz edebilen diğer durumların olabileceği akla getirilmeli ve hasta en azında ilgili kliniğe sevk edilmelidir.

### REFERENCES

1. Volk M, Strotzer M, Lenhart M, Techert J, Seitz J, Feuerbach S. Frequency of benign hepatic lesions incidentally detected with contrast-enhanced thin-section portal venous phase spiral CT. *Acta Radiol.* 2001;42:172-75.
2. Kır A, Baran E. Simultaneous operation for hydatid cyst of right lung and liver. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 1995;43:62-64.
3. Kraft P, Boden G, Gottschalk U. Intrahepatic calcification--a differential diagnostic problem *Med Klin (Munich)*. 1999 Oct 15;94:580-84.
4. Pan KT, Hung CF, Tseng JH, Lui KW, Wan YL. Hepatic calcification by sequelae of chronic schistosomiasis japonica: report of four cases. *Changgeng Yi Xue Za Zhi.* 1999;22:265-70.
5. Nagakura S, Shirai Y, Yamai K, Hatakeyama K. Calcification in mucinous cholangiocellular carcinoma *Hepatogastroenterology.* 1999;46:465-66.
6. Stoupis C, Taylor HM, Paley MR, Buetow PC, Marre S, Baer HU, Vock P, Ros PR. The Rocky liver: radiologic-pathologic correlation of calcified hepatic masses. *Radiographics.* 1998;18:675-85.
7. Kennan NM, Evans C. Case report: hepatic and splenic calcification due to amyloid. *Clin Radiol.* 1991;44:60-61.
8. Takechi K, Tokimitsu N, Tazima T, Kametani M, Tsuji T, Otaka S, Takakuwa K, Okano Y, Naka-

- mura S, Nakashima T, Matsushita SA case of hepatic artery aneurysm with calcification Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi. 1979;76:1878-82.
9. Williams RK, Crossley K. Acute and chronic hepatic involvement of brucellosis Gastroenterology. 1982;83:455-58.
10. Azeemuddin M, Ul-Haq T, Ahsan H, Memon WA Clinics in diagnostic imaging (102): Hydatid disease of the lung and liver. Singapore Med J. 2005;46:93-100.