

Sol ana koroner anevrizması: bir olgu sunumu

Turgay Çelik (*), Hürkan Kurşaklıoğlu (*), Atıla İyisoy (*), Zekeriya Arslan (*), Basri Amasyalı (*), Ersoy Işık (*)

Özet

Yapılan çalışmalarda, koroner arter anevrizmalarının anjiyografik insidansı %1.5-%4.9 olarak bildirilmiştir ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Sol ana koroner arter anevrizması oldukça nadir görülen bir durumdur. Bu yazıda, kararsız angina pectorisle başvuran koroner anjiyografide dev sol ana koroner arter anevrizması gözlenen 71 yaşında bir bayan hasta sunulmuş ve tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Koroner arter anevrizması, sol ana koroner arter

Summary

Left main coronary artery aneurysm: a case report

The angiographic incidence of the coronary artery aneurysm is reportedly between 1.5% to 4.9%, and it is more frequent in males. The aneurysm of left main coronary artery is a rarely seen entity. We present a 71-year-old-female presenting with unstable angina pectoris and in whom a huge left main coronary artery aneurysm was observed in the coronary angiography.

Key words: Coronary artery aneurysm, left main coronary artery

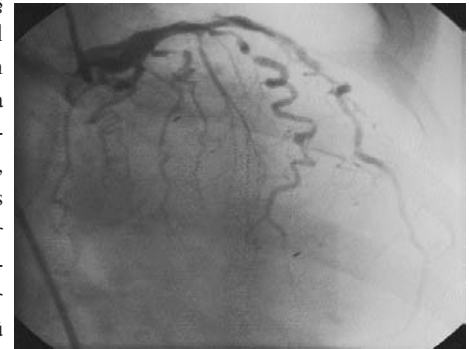
Giriş

Koroner arter çapının normal koroner arter çapından 1.5 kat (1) veya daha fazla füziform veya sakküler (2) genişlemesi ile tanımlanan koroner arter anevrizması, nadir görülen bir anomalidir. Sol ana koroner arter (LMCA) anevrizması da oldukça nadir görülmektedir.

Bu yazıda, 71 yaşında kararsız angina pectoris (UAP) tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesinde takip ettiğimiz, koroner anjiyografide dev sol ana koroner arter anevrizması tespit edilen bir olguyu sunduk.

Olgu Sunumu

İki kez geçirilmiş miyokard infarktüsü (MI) öyküsü olan 71 yaşındaki bayan hastada, son 2 gündür zaman zaman istirahatte gelen, omuz ve sol kola yayılan göğüs ağrısı yakınması mevcuttu. Hasta, istirahatte gelen şiddetli göğüs ağrısı nedeniyle, UAP tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenede arteriyel kan basıncı 142/86 mmHg, nabız 78/dk ritmik, apikal odakta 1-2/6 sistolik üfürüm ve akciğer bilateral bazallerde minimal inspiratuvar ince raller mevcuttu. EKG'de, normal sinüs ritmi, kronik anterior MI ve kronik inferior MI bulguları mevcuttu. Ekokardiyografide sol ventrikülde konsantrik hipertrofi ve relaksatif tipte diyastolik disfonksiyon, 1. derecede mitral yetersizliği mevcuttu. Septum ve anterior bazali ile inferior duvar hipokinetik, apikal akinetiktir. Sol ventrikül atım hacmi (LVEF) %44 bulundu. Telegrafide aort topuzu belirgindi. Medikal tedavi ile klinik ve EKG bulguları geriledi. Kardiyak biyokimyasal "marker"larda artış olmadı. Klinik bulguları stabil duruma geldikten sonra yapılan koroner anjiyografide, sol ana koroner arterde (LMCA) anevrizma, sol ön inen arterde (LAD), 1. diyagonal dal, 1 ve 2. optus marginal dalları ile sağ koroner arterde ciddi darlık yapan lezyonlar ve yine sağ koroner arter proksimalinde ektazi görüldü (Şekil 1,2). Hastaya cerrahi tedavi önerildi.

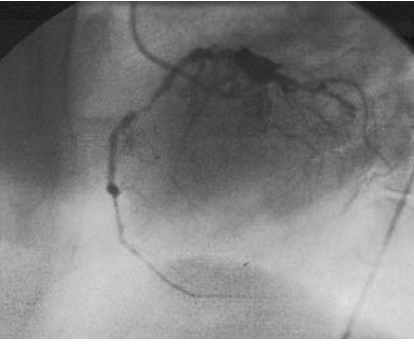


Şekil 1. Sol ana koroner arter anevizmasının sağ anterior oblik pozisyonunda görünümü

*GATA Kardiyoloji AD

Ayrı basım isteği: Dr. Turgay Çelik, GATA Kardiyoloji AD, Etlik-06018, Ankara
E-mail: benturgay@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 24.05.2005
Kabul tarihi: 01.11.2005



Şekil 2. Sol ana koroner arter anevrizmasının sol lateral pozisyonunda görünümü

Tartışma

Yapılan çalışmalarda, koroner arter anevrizmalarının anjiyografik insidansı %1.5-%4.9 olarak bildirilmiştir ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu konuda en büyük çalışma olan CASS çalışmasında koroner arter anevrizma insidansı %4.9 olarak bildirilmiştir (3). Etiyolojisi halen tam olarak ortaya konamamış olmakla birlikte, eldeki bulgular giderek artmaktadır. Bilinen nedenleri; Kawasaki hastalığı, aterosklerozis, konjenital malformasyonlar, travma, poliarteritis nodosa, Takayasu arteriti, romatizmal ateş, subakut bakteriyel endokardit, sifiliz, Ehler-Danlos sendromu, Marfan sendromu, cerrahi sonrası iyatrojenik ve kronik nitrik oksid stimülasyonuna neden olan herbisid intoksikasyonudur. İlk ikisi, en sık neden olarak görülmektedir (4). Lenihan ve ark., 33 yaşından daha genç olanlarda nedenin daha çok konjenital, 56 yaşın üzeridekilerde ise aterosklerotik olduğunu bildirmişlerdir (5). Bizim olgumuzda da, diğer damarlarda da darlık yapan plaklar görülmesi nedeniyle nedenin aterosklerotik olduğu düşünülmektedir.

Koroner arter anevrizmalarının histolojik incelemesinde diffüz hiyalinizasyon, lipid depozitleri, intimal rüptür, media kalsifikasyonu, fokal fibrozis ve intramural hemoraji görülebilmektedir (6). Sorumlu mekanizma ne olursa olsun, koroner arter anevrizmalarının "benign" olmadığı görülmektedir. Stenoz olmaksızın, spazm, trombozis veya spontan dis-

eksiyon gibi nedenlerle akut miyokardiyal infarktüse neden olabilmektedir (7).

Bu konuda ilk prospektif çalışma Markis ve ark. tarafından yapılmıştır (8). Koroner anjiyografi uygulanmış 2500 hastadan 30'unda obstrüktif koroner arter hastalığı olmaksızın koroner ektazi saptamışlardır. Bu hastalarda sistemik hipertansiyon, akut miyokard infarktüsü öyküsü ve ailede koroner arter hastalığı oranı daha yüksek bulunmuş ve yine 2 yıllık takipte %15 gibi 3 damar hastalığı olanlara eşit oranlarda mortaliteye neden olduklarını göstermişlerdir. Hartnell ve ark. çalışmalarında yine 5000'e yakın hasta içinde 70 koroner arter anevrizması tespit etmiş, tıbbi veya cerrahi tedaviden hangisi uygulanırsa uygulansın, koroner arter anevrizmalarında sonucun daha kötü olduğunu bildirmişlerdir (4). Ancak, koroner arter anevrizmalı olgularda, dilatasyonun çok fazla olduğu ve rüptür riskini önlemek için cerrahi girişim gerektiren bazı olgular sayılmazsa, prognozun birlikteli koroner arter obstrüksiyonun ciddiyetine bağlı olduğunu bildiren yayınlar da görülmektedir (9).

Koroner arter anevrizmalarında aterosklerotik olayların antikoagülan veya antiplatelet tedavi ile önlenmesi dışında, cerrahi tedavi yöntemleri konusunda henüz fikir birliği oluşmuş değildir. İzolasyon, rezeksiyon, rekonstrüksiyon ve sol ana koroner arterin ligasyonu denenmiştir. Bazı yazarlar, anevrizmatik segmentin distalden kapatılıp LAD ve "circumflex" arterin revaskülarizasyonunu önerirlerken (10), bazıları, greftlerin orta-uzun dönem açıklığındaki problemler nedeniyle distalin kapatılmaması gerektiğini, distal revaskülarizasyon ile sağlanan basınç ile oluşacak retrograd akım sayesinde distal embolizasyonun kendiliğinden önleneceğini savunmaktadırlar (11). Leung ve ark., bir hastada sol ana koroner arter anevrizmasında stent implantasyonu ile başarılı tedavi bildirmişlerdir (12). Bizim olgumuzda da distal ligasyon ile birlikte koroner bypass operasyonu tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, etiyojisi, tedavi tercihleri ve prognozu tam olarak ortaya konmamış olmakla birlikte, sol ana koroner arter anevrizmalarında, ligasyonu da içeren cerrahi tedavi yönteminin uygun olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

1. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. *Prog Cardiovasc Dis* 1997; 40: 77-84.
2. Topaz O, DiSciascio G, Cowley MJ, et al. Angiographic features of left main coronary artery aneurysms. *Am J Cardiol* 1991; 67: 1139-1142.
3. Espinola-Klein C, Rupprecht HJ, Erbel R, Nafe B, Brennecke R, Meyer J. Ten-year outcome after coronary angioplasty in patients with single-vessel coronary artery disease and comparison with the results of the Coronary Artery Surgery Study (CASS). *Am J Cardiol* 2000; 85: 321-326.
4. Hartnell GG, Parnell BM, Pridie RB. Coronary artery ectasia: its prevalence and clinical significance in 4993 patients. *Br Heart J* 1985; 54: 392-395.
5. Lenihan DJ, Zeman HS, Collins GJ. Left main coronary artery aneurysm in association with severe atherosclerosis: a case report and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991; 23: 28-31.
6. Hawkins JW, Vacek JL, Smith GS. Massive aneurysm of the left main coronary artery. *Am Heart J* 1990; 119: 1406-1408.
7. Perlman PE, Ridgeway NA. Thrombosis and anticoagulation therapy in coronary ectasia. *Clin Cardiol* 1989; 12: 541-542.
8. Markis JE, Joffe CD, Cohn PF, Feen DJ, Herman MV, Gorlin R. Clinical significance of coronary artery ectasia. *Am J Cardiol* 1976; 37: 217-222.
9. Lazarus A, Donzeau-Gouge P, Spaulding C, Weber S, Guerin F. Surgical treatment of atherosclerotic aneurysm of the left main coronary artery. *Am Heart J* 1992; 123: 222-224.
10. Fukaya Y, Miyakawa M, Senga O, Hikita H, Kouzu S, Tunemoto H. Surgical management of left main coronary artery aneurysm. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 228-230.
11. Olson JP, Chamusco RF. Giant left main coronary artery aneurysm initially seen as an acute coronary syndrome. *Am Heart J* 1995; 129: 1216-1217.
12. Leung AW, Wong P, Wu CW, Tsui PT, Mok NS, Lau ST. Left main coronary artery aneurysm: sealing by stent graft and long-term follow-up. *Catheter Cardiovasc Interv* 2000; 51: 205-209.