

İzole Sol Ana Koroner Arter Ostial Darlığı

Dr. Cahit KOCAKAVAK, Doç. Dr.Emine KÜTÜK, Dr. Hatice ŞAŞMAZ

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

ÖZET

Literatürde izole koroner arter ostial darlığının çok nadir bir lezyon olduğu, özellikle menopoz öncesi kadınlarda ya da estrogen tedavisi gören erkeklerde bulunduğu bildirilmiştir. Bu yazıda, izole sol ana koroner arter ostial darlığı ve Leriche sendromu bulunan bir erkek olgu sunulmuştur. Yaptığımız araştırmada bu olgunun 1974 ile Aralık 1989 tarihleri arasında, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde koroner anjiyografi uygulanan 9702 olgu içindeki tek sol ana koroner ostial darlığı olgusu olduğunu saptadık.

Sonuç olarak bu olgu sunumu sol ana koroner arter ostial darlığının son derece nadir bir olay olduğunu, estrogen tedavisi görmeyen erkeklerde de oluşabildiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Sol ana koroner darlığı

Sol ana koroner arter (LMCA)'in diğer hastalıklarında olduğu gibi LMCA'in ostial darlığında da erken ölüm riski çok yüksektir (1,2). Literatürde, bugüne kadar anjiyografik olarak saptanmış 35 izole koroner arter ostial darlığı olgusundan 31'inin kadın, 4'ünün erkek olduğu, bu 4 erkek olgunun 3'ünde izole ostial darlığın LMCA'da yerleştiği, 1'inde sağ koroner arterde ve 3'ünde de estrogen tedavisi görme öyküsünün bulunduğu bildirilmiştir (2,4).

OLGU BİLDİRİSİ

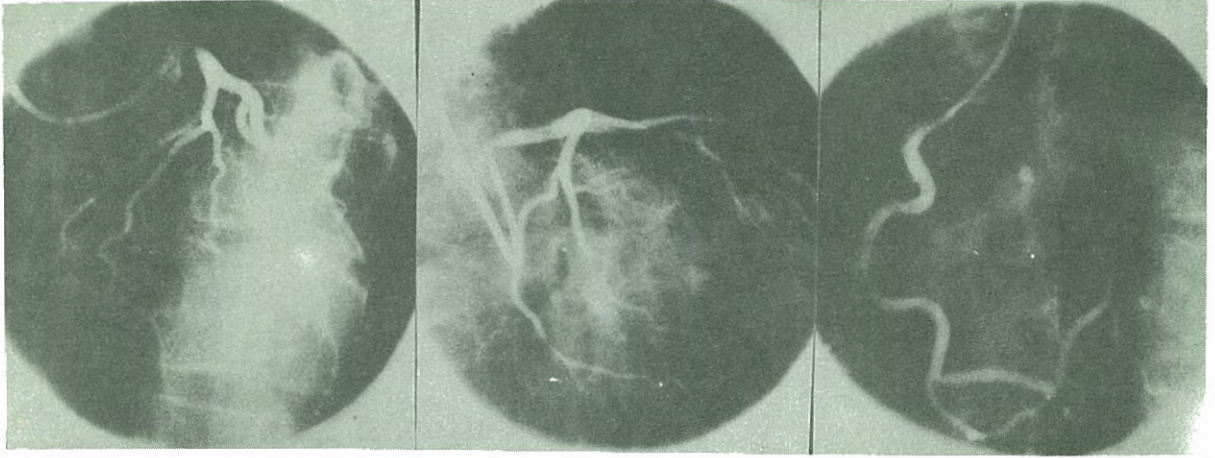
Bu yazımızda koroner anjiyografi ile LMCA'inde izole ostial darlık saptanan erkek bir olguyu (M.Y., Dosya No:21474/89, Kateter No:6323) sunuyoruz. 50 yaşındaki hastanın öyküsünden 3 yıl önce eforla ortaya çıkan, 2-3 dakika kadar devam eden, istirahat ve dilaltı isosorbid dinitrat alınması ile geçen retrosternal göğüs ağrısının başladığı, son 3 yıldan beri

de efor sırasında her iki bacağında eforla ağrı olduğu öğrenildi. Hastanın günde 1 paket sigara içtiği ve ailesinde aterosklerotik kalp hastalığı bulunduğu öyküsünden öğrenildi.

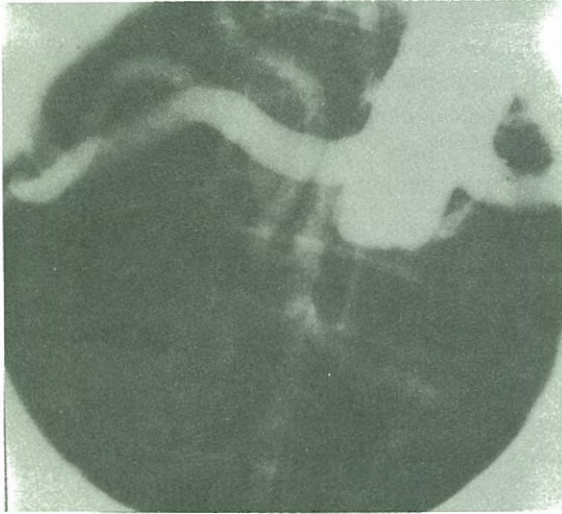
Fizik incelemesinde kan basıncı 120/80 mm Hg idi (sağ kol). Sol koldan kan basıncı ve sol kol brakial, radial ve ulnar nabızları alınamıyordu. Kalp sesleri ritmik, normal şiddetle idi ve üfürüm ya da ek ses almamada. Her iki femoral popliteal, anterior ve posterior tibial ve dorsalis pedis arter nabızları almamada. Diğer sistemlerin muayeneleri normal bulundu.

Rutin kan ve idrar tetkikleri (Hb, beyaz küre, hematokrit, eritrosit sedimentasyon hızı, LDH, SGOT, SGPT, albümin, T protein, globulin, bilirubin) normal sınırlarda idi. Total kolesterol 176 mg/dl ve trigliserid 71 mg/dl idi. VDRL (-) idi. İstirahat elektrokardiyogramında I ve AVL'de T negatifliği bulundu. Telekardiyogramında kalp transvers kesitte normal sınırlarda olup aort topuzu belirgindi. M-mode ve iki boyutlu ekokardiyografik incelemeleri normal sınırlarda bulundu. Sol ventrikül anjiyografisinde 30 derece sağ ön-oblik pozisyonda apikal ve anterolateral bölgelerde ve 60 derece sol ön oblik pozisyonda septum 1/2 alt bölümünde hipokinezi görüldü. Şekil 1'de gösterildiği gibi sadece sol ana koroner arterde %95 ostial darlık bulunduğu ve sağ koroner arterlerin normal olduğu görüldü. İntravenöz nitrogliserin verildi. Darlıkta herhangi bir değişiklik görülmedi.

Sol subclavia arterinden yapılan arteriyografide sol brakial arterde radyal ve ulnar dallarına ayrılmadan önce yaygın kıvrıntılar bulunduğu görüldü. Abdominal aortografide ise (Şekil 2) abdominal aortada renal arterin ayrılmasından hemen sonra tam oklüzyon bulunduğu görüldü. Hastaya 7.2.1989 tarihinde "safem patch anjioplasti" ameliyatı uygulandı.



Şekil 1. Olgunun solda 60 derece sol ön oblik, 20 derece kranial pozisyonda çekilmiş, ortada 30 derece sağ ön oblik pozisyonda çekilmiş sol koroner arter anjiyografisi, sağda 60 derece sol ön oblik pozisyonda çekilmiş sağ koroner anjiyografisi.



Şekil 2. Olgunun ön-arka pozisyonda çekilmiş inen anjiyografisi.

TARTIŞMA

Koroner ostial darlıklar sıklıkla diğer majör koroner arterlerin hastalığı ile birarada görülmektedir. Diğer koroner arterlerin normal bulunduğu izole koroner ostial darlıklara son derece nadir olarak rastlandığı⁽³⁾ bildirilmiştir. Bunun yanında, bu olgularda yüksek ani ölüm riskinin bulunduğu, ostial darlık bulunan koroner arterin kanülasyonun oldukça yüksek oranda mortalite ve morbiditeye neden olduğu⁽²⁾ da bildirilmiştir. Yapmış olduğumuz literatür taramasında bugüne kadar 35 izole koroner arter ostial darlık olgusunun bildirilmiş olduğunu, bunlardan 4'ünün erkek olduğu, diğerlerinin premenopozal dönemdeki kadınlar olduklarını, bu 4 erkek olgunun da 3'ünde

izole ostial darlığın LMCA'da, 1'inde de sağ koroner arterde yerleştiğini ve 3'ünde de estrogen tedavisi görme öyküsünün bulunduğunu belirledik^(2,4). Bununla birlikte, humoral faktörlerin izole ostial darlık patogenezindeki önemi bilinmemektedir⁽²⁾.

Diğer yandan, sunduğumuz bu olgu vesilesi ile yaptığımız araştırmada 1974 - Aralık 1989 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde koroner anjiyografi yapılan 9702 olgunun sadece 1'inde (%0.01) izole koroner ostial darlığın bulunduğu belirledik. Sunduğumuz bu olgu, literatürde izole ostial darlık belirlenen 5.erkek olması, Leriche sendromunun eşlik etmesi ve estrogen tedavisi görme öyküsünün olmaması nedeniyle özellik göstermektedir.

Sonuç olarak, sunduğumuz olgu, sol ana koroner arter ostial darlığının son derece nadir bir olay olduğunu, estrogen fazlalığı gibi faktörlerin bulunmadığı kişilerde de oluşabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Rissanen V: Occurrence of coronary ostial stenosis in a necropsy series of myocardial infarction, sudden death and violent death. *Br Heart J* 37:182, 1975
2. Thompson R: Isolated ostial stenosis in women. *J Am Coll Cardiol* 7:997, 1986
3. Tillman CH, Mukerji V, Alpert MA, Sanfelippo JF: Isolated coronary ostial stenosis in men. *Am Heart J* 115:1127, 1988
4. Malcolm I, Salerno T: Coronary ostial stenosis. *Can Med Assoc J* 128:371, 1983