

Sol Ana Koroner Arter Tam Tıkanıklığı ile Seyreden Bir Olgu Sunumu

Dr. Şennur Ünal DAYI, Dr. Haldun AKGÖZ, Dr. Tamer AKBULUT, Dr. Seden ÇELİK,
Dr. Gültekin HOBİKOĞLU, Doç. Dr. Gülşah TAYYARECİ, Dr. Tezer ULUSOY
Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Merkezi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Sol ana koroner arterin tam tıkanıklığı, kateterizasyon laboratuvarlarında nadir olarak gözlenir. Bu tür ender vakalarda cerrahi yolla yeniden kanlandırma ilk tedavi seçeneğidir. Bu yazıda, 53 yaşında Q dalgasız miyokard infarktüsülü bir erkek hasta bildirilmektedir. Koroner arteriografi; sağ koroner arterin sağ ventrikül dalı öncesinde %60 darlık olduğunu ve gelişmiş kollateral akım ile birlikte sol ana koroner arterin tam tıkalı olduğunu göstermekteydi. Hasta başarılı aorto-koroner baypas ameliyatı geçirdi. Ameliyat sonrası dönemde sorun gözlenmedi.

Anahtar kelimeler: Sol ana koroner arter tam tıkanıklığı, miyokard infarktüsü, koroner bypas operasyonu

Sol ana koroner arterin akut tam tıkanıklığı, sol ventrikülün global iskemisine, ölümcül komplikasyonlara, kardiyojenik şok ve ventriküler taşikardiye neden olabilir. Diğer yönden, sol ana koroner arterin kronik tam tıkanıklığı çok nadir gözlenir, çünkü olguların yaşamlarını devam ettirmeleri ancak iyi gelişmiş sağ koroner arter ve kollateral akım ile mümkün olmaktadır (1-3). Bu yazıda koroner yoğun bakım ünitemizde Q dalgasız miyokard infarktüsü tanısı ile takip edilen ve kateterizasyon laboratuvarlarında çok nadir rastlanabilen, sol ana koroner arterin tam tıkalı olarak saptandığı bir olguyu bildirmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

Son üç aydır eforla oluşan ve son dört saattir istirahatte meydana gelen göğüs ağrısı tanımlayan 53 yaşındaki erkek hasta, sigara dışında herhangi bir koroner risk faktörüne sahip değildi. Yapılan ilk fizik muayenesinde; kan basıncı 110/80 mmHg, kalp tepe atımı 76/dak ve düzenliydi. Soğuk ve terli vücut dışında sistem muayenelerinde özellik saptanmadı.

Laboratuvar incelemelerinde; en yüksek CPK-MB değeri 149U/L, SGOT:189U/L, LDH:784 U/L olarak saptandı. Diğer laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. EKG'de sinüs

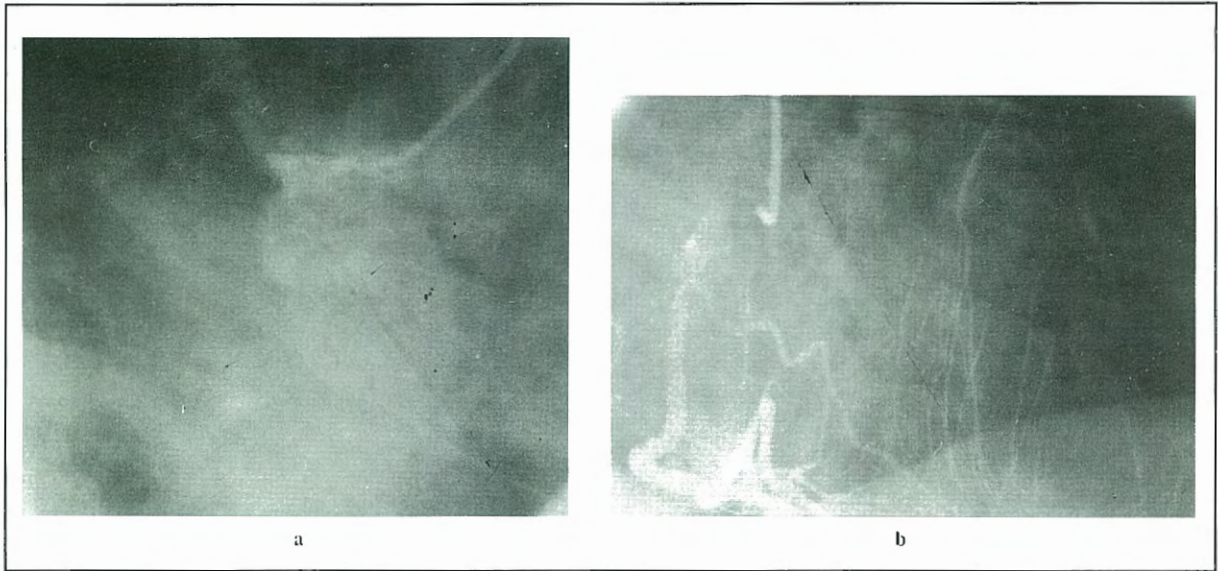
Alındığı tarih: 7 Eylül, revizyon 2 Kasım 1999
Yazışma adresi: Dr. Şennur Ünal Dayı, Nişantaşı cad. Günel sok,
Billur Sitesi B blok, Daire:4, Acıbadem, İstanbul
Tlf: (0 216) 428 1893

ritmi, göğüs derivasyonlarında 2 mm'ye ulaşan down-sloping ST segment çökmesi ve T dalga negatifliği mevcuttu. Ekokardiografisinde anterior, lateral, apikal ve septal duvarlarda hipokinezi gözlemlendi, sol ventrikül global ejeksiyon fraksiyonu %40-45 olarak hesaplandı, ayrıca 2(+) mitral yetersizlik akımı mevcuttu. Koroner anjiografisinde sol ana koroner arter tam tıkalı idi, antegrad akım yoktu, gelişmiş sağ koroner arter ve konus dalı sol ön inen arter ve circumflex arterin distalini retrograd olarak çok iyi dolduruyordu, sağ koroner arter ise sağ ventrikül dalı öncesinde %60 darlık içeriyordu. Bu anjiografik bulgularla acil aorto-koroner baypas ameliyatı planlandı. Ameliyat sırasında sol ön inen artere, sol mammariya internal arter ile; obtüs marginal 1 ve 2. arterlere ayrıca sağ koroner artere, safen venle baypas yapıldı. Ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası dönemde bir sorunla karşılaşılmayan hasta yedinci gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ana koroner arterin tam tıkanıklığı çok nadir gözlemlenebilen bir durumdur. Bazı araştırmacılar batı toplumlarında %0.04-%0.4 oranında rastlandığını bildirmişlerdir (1). Biz kateterizasyon laboratuvarımızda sol ana koroner arteri tam tıkalı olan tek olguya rastladık. Literatürde bugüne kadar benzer 23 vakanın bildirildiği gözlemlendi (2).

Sol ana koroner arteri tam tıkalı olan olguların klinik durumları farklılık gösterir. Çoğu olguda anjinal ataklar, miyokard infarktüsü veya konjestif kalp yetmezliği gözlenirken, bazı olguların asemptomatik olduğu tespit edilmiştir (3). Shahian ve arkadaşları sol ana koroner arterin tam tıkanıklığı ile diğer ciddi koroner arter hastalıkları arasında klinik açıdan farklılık bulunmadığına dikkat çekmişlerdir (4). Bizim olgumuzda ise diğer koroner arter hastalarında olduğu gibi Q dalgasız miyokard infarktüsü ön tanısı ile izlenirken, göğüs ağrılarının devam etmesi üzerine koroner anjiyografi uygulandı ve sol ana koroner arterinin tam tıkalı olduğu tespit edildi. Bu tür olguların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için, Topaz ve arkadaşlarının da belirttiği gibi gelişmiş sağ koroner arter ve kollateral akım gereklidir (6). Gelişmiş kollateral akım ve lezyon içermeyen sağ koroner arter



Şekil 1. Koroner anjiyografide sol ana koroner arterde tam tıkanıklık (A) ve sağ koroner arter ile hem sol ön inen arter hem de sirkumfleks arter doluşu (B) izlenmektedir.

ventrikül fonksiyonlarının korunmasında da önemli rol oynamaktadır. Nitekim gelişmiş sağ koroner arter ve konus dalı mevcut olan olgumuz üç ay öncesine kadar sorunsuz yaşamını sürdürüyordu. Son üç ay içerisinde gözlenen şikayetleri ise sağ koronerdeki ilerleyen lezyon ile açıklanabilir. Bu tür olgularda ilk tedavi seçeneği aorto-koroner baypas ameliyatı gibi gözükmemektedir, fakat ameliyat edilmeden yaşamlarını sürdürebilen olguların varlığı da mevcuttur (7). Ayrıca son yıllarda gerek stent uygulama tekniklerinin ve stent sonrası anti-trombotik tedavinin gelişmesi, gerekse invaziv girişimlerde deneyimin artmış olması, sol ana koroner arter hastalığına sahip olgularda cerrahi girişim dışında anjioplasti ve stent kullanımının da giderek önem kazanmasına neden olmuştur. Park ve arkadaşları, sol ana koroner arterinde %50 ve daha fazla darlık olan, ameliyat olmak istemeyen 41 olguya elektif şartlarda uyguladıkları anjioplasti ve stent sonrası, prosedürde %100 başarılı olduklarını, subakut stent trombozu ile karşılaşmadıklarını, 6 ay içerisinde sadece %22 olguda anjiyografik olarak restenoz gözlemlediklerini ve sadece 1 olguyu girişimden sonraki 2 gün içerisinde stent restenozu nedeni ile ameliyata verdiklerini ve cerrahi girişim sırasında kaybettiklerini bildirmişlerdir (8). Literatürde ayrıca akut sol ana koroner arter tam tıkanıklığı gelişen ve başarılı olarak perkütan yolla tedavi edilen olguların varlığı da mevcuttur (9-10). Kronik sol ana koroner arter tam tıkanıklığına sahip olan

olgularda ise başarılı anjioplasti ve stent uygulaması konusunda verilere rastlanmamıştır. Ayrıca kronik tam tıkanıklıkların perkütan yolla tedavisinin; akut oklüzyon, miyokard infarktüsü, acil aorto-koroner baypas gerekliliği, ölüm, kollateral dolaşıma zarar verilmesi, perforasyon gibi risklere sahip olduğu bilinen bir gerçektir. Olgumuzun klinikte nadir gözlenen sol ana koroner arter tam tıkanıklığı ile birlikte sağ koroner arter lezyonuna sahip olması, benzer olgularda perkütan yolla tedaviye ait verilerin bulunmaması ve bu konuda tecrübemizin olmaması, ayrıca hastamızın operasyon riskini artıracak kötü ventriküle sahip olmaması nedeni ile ilk tedavi seçeneği olarak aorto-koroner baypas ameliyatı düşünülmüştür. Koroner Arter Hastalığı Cerrahi Çalışması'na (CASS) göre toplam 20.197 vaka arasında 12 olgunun sol ana koroner arter tam tıkanıklığına sahip olduğu ve bu olgulardan ameliyat edilenlerin, edilme-yenlere oranla daha az anjinal yakınmalara, daha iyi prognoza sahip oldukları bildirilmiştir (3). Diğer yandan ülkemiz için uzun dönem sonuçları bildirir bir rapor mevcut değildir. Erentürk ve arkadaşlarına göre sol ana koroner arter tam tıkanıklığı olan ve cerrahi girişim uygulanan iki olgunun 15. ve 24.ay takiplerinde egzersiz testlerinde ST ve T değişiklikleri gözlenmemiş ve olguların normal yaşamlarını sorunsuz olarak devam ettirdikleri belirtilmiştir (11). Olgumuzun 6.ay kontrolünde normal yaşamına döndüğü ve şikayetlerinin olmadığı gözlemlendi.

Sonuç olarak kronik sol ana koroner arter tam tıkanıklığı nadir gözlenir, bu tür olgularda sağ koroner arter gelişmiştir ve kollateral akım iyidir. Cerrahi tedavi en uygun tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

1. Goldberg S, Grossmann W, Markis JE, et al: Total occlusion of the left main coronary artery: a clinical, hemodynamic and angiographic profile. *Am J Med* 1978;64:3
2. Charitos CE, Nonas JN, Tsoukas A, et al: Total occlusion of the left main coronary artery with preserved left ventricular function. *Int J Cardiol* 1997;61:193-6
3. Zimmern SH, Rogers WJ, Bream PR, et al: Total occlusion of the left main coronary artery: The coronary artery surgery study (CASS) experience. *Am J Cardiol* 1982;49:2003
4. Shahian DM, Butterly JR, Molocoff RF: Total occlusion of the left main coronary artery. *Ann Thorac Surg* 1988;46:317
5. Shiaraishi Y, Miyomoto T, Shimado I, et al: Coronary artery bypass surgery for chronic total occlusion of the left main coronary artery by means of intermittent an-

tegrade cold blood cardioplegia (abstract). *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1991;39:1821.

6. Topaz O, Disciascio G, Cowley NJ, et al: Complete left main coronary artery occlusion : Anjiographic evaluation of collateral vessel patterns and assesment of hemodynamic correlates. *Am Heart J* 1991;121:450.
7. Lim JS, Proudfit WI, Sones FJ: Left main coronary arterial obstruction: Long term follow up of 141 nonsurgical cases. *Am J Cardiol* 1975;36:131
8. Park SJ, Park SW, Hong MK, et al: Stenting of unprotected left main coronary artery stenoses: immediate and late outcomes. *J Am Coll Cardiol* 1998;31:37-42
9. Sathe S, Sebastian M, Vohra J, Valentine P: Bail-out stenting for left main coronary artery occlusion following diagnostic angiography (abstract). *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994;31:70-2
10. Alfonso F, Macaya C, Iniguez A, et al: Transluminal percutaneous coronary angioplasty of the left coronary artery (abstract). 1992;45:321-9
11. Erentürk S, Güden M, Çalık MK, Sönmez B: Left main coronary artery total occlusion. *HKK Cerrahi Bül* 1998;6:35-7
12. Sugishita K, Shimizu T, Kinugawa K, et al: Chronic total occlusion of the left main coronary artery. *Intern Med* 1997; 36:471-8