

Olgu Sunumu

Sol Ana Koroner Arter Anevrizması: Bir Olgu Sunumu

Yüksel Kaya, Nihat Söylemez

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 ve koroner anjiyografide dev sol ana koroner arter anevrizması gözlenen 66 yaşında bir erkek hasta sunulmuş ve tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Koroner arter anevrizması, aterosklerozis, sol ana koroner arter

Koroner arter çapının normal koroner arter çapından 1.5 kat (1) veya daha fazla füziform veya sakküler genişlemesi ile tanımlanan koroner arter anevrizması nadir görülen bir patolojidir. Koroner anjiyografinin yaygınlaşması ile beraber sıklığı giderek artmıştır. İlk vaka 1761'de Morgagni tarafından rapor edilmiştir (2). 1958'de Munker ve ark. koroner anjiyografi ile tespit edilmiş ilk antemortem vakayı tanımlamıştır(3). Markis ve ark. anjiyografi bulgularındaki görünüşe ve damar sayısına göre daha çok ektazi terimini kullanmışlardır (4). Bu tanıma göre her üç majör damardaki diffüz ektazi tip-1, bir damarda ve lokalize diffüz ektazi tip-2 ve yalnızca bir damardaki diffüz ektazi tip-3 olarak tanımlanmışlardır. Otörler koroner arterdeki lokalize ve anormal dilatasyon için anevrizma, örneğin sakküler ya da füsiform; diffüz dilatasyon için ise ektazi terimini kullanmışlardır. Diffüz dilatasyon demek için damarın %50'si ektazik olmalıdır. Koroner anevrizma daha çok sağ koroner arterde görülürken bunu left anterior descending (LAD) takip eder. Left main (LM) çok nadirdir.

Bu yazıda 66 yaşında unstable angina pectoris (UAP) tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesinde takip ettiğimiz, koroner anjiyografide dev sol ana koroner arter anevrizması tespit edilen bir olgu sunduk.

Van Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Van

Yazışma Adresi: Dr.Yüksel KAYA

Van Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, 65100, Van

E-mail: dryuksel_kaya@yahoo.com.tr

Makalenin Geliş Tarihi: 26.07.2010

Makalenin Kabul Tarihi: 19.08.2010

Olgu Sunumu

Daha önce geçirilmiş miyokard infarktüsü (MI) öyküsü olan 66 yaşındaki erkek hastada, son 10 gündür zaman zaman istirahatte gelen, sol omuz ve sol boyun bölgesine yayılan ve terlemenin eşlik ettiği göğüs ağrısı yakınması mevcuttu. Hasta, istirahatte gelen göğüs ağrısı nedeniyle UAP tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenede arteriyel kan basıncı 115/70 mmHg, nabız 82/dk ritmik, apikal odakta 2/6 sistolik üfürüm mevcuttu. EKG'de, sinüs ritmi, kronik inferiyor MI bulguları mevcuttu. Ekokardiyografide sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu, ikinci derecede mitral yetersizliği, inferiyor ve posteriyor duvarda hipokinezi gözlemlendi. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) %45 bulundu. Telegrafide aort topuzu belirgindi.



Şekil 1. Sol ana koroner arter anevrizmasının sol kraniyal açıdan görünümü.



Şekil 2. Sol ana koroner arter anevrizmasının sağ oblik açıdan görünümü.

Medikal tedavisi düzenlenen ve klinik bulguları stabil duruma gelen hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Yapılan koroner anjiyografide, left main coronary artery (LMCA) anevrizma, LAD ve right coronary artery (RCA) proksimalinde kritik lezyon ve sirkumflex arter proksimalinde ektazi, distalinde kritik lezyon tespit edildi (Şekil 1, 2). Hastaya cerrahi tedavi önerildi.

Tartışma

Yapılan çalışmalarda, koroner arter anevrizmalarının anjiyografik insidansı %1.5-%4.9 olarak bildirilmiştir. Bu konuda en büyük çalışma olan CASS çalışmasında koroner arter anevrizma insidansı %4.9 olarak bildirilmiştir (5).

Etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır, ancak bazı 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. Aterosklerozis ve Kawasaki hastalığı koroner anevrizmaların en sık nedeni olarak görülmektedir. Yetişkinlerdeki koroner arter anevrizmalarının(KAA) yaklaşık %50'sinin nedeni aterosklerozdur. Bunu Kawasaki hastalığı ve konjenital anevrizma izler.

Daud ve arkadaşlarının yaptığı postmortem vakaların incelendiği bir çalışmada KAA'nın %52 ateroskleroz, %17 konjenital, %11 mikotik, embolik ve diseksiyonlar ve %4 leutik sebeplere bağlı olduğu gösterilmiştir (6). Walford ve arkadaşlarının 240 Perkutan transluminal koroner

anjyoplasti (PTCA) vakası üzerinde yaptıkları çalışmada anevrizma oranını %0.3 olarak tespit etmişlerdir (7). PTCA işleminde normalden büyük balon kullanılmasının anevrizma için predispose bir faktör olduğu iyi tanımlanmıştır. Erken ve geç gelişen koroner anevrizma sebeplerinden biri de direksiyonel aterektomidir. Directional atherectomy (DCA) sonrası erken koroner anevrizma psödoanevrizma perforasyonu, geç koroner anevrizma ise subintimal hasar sonucu oluşur. Bizim olgumuzda, diğer damarlarda da darlık yapan plaklar görülmesi nedeniyle aterosklerotik olduğu düşünülmüştür.

Koroner arter anevrizmalarının histolojik incelemesinde diffüz hiyalinizasyon, lipid depozitleri, intimal rüptür, media kalsifikasyonu, fokal fibrozis ve intramural hemoraji görülebilmektedir. Sorumlu mekanizma ne olursa olsun, koroner arter anevrizmalarının "benign" olmadığı görülmektedir. Stenoz olmaksızın spazm, trombozis veya spontan diseksiyon gibi nedenlerle akut miyokard infarktüsüne neden olabilmektedir.

KAA'na özgü klinik özellikler yoktur. Daha çok anjina ve miyokard infarktüsü semptomları ile gelirler.

KAA tanısı miyokardiyal iskemi şüphesi ile yapılan koroner anjiyografi ile konur. Koroner anjiyografi sadece KAA'nın tanısı, şekil, lokalizasyon ve anevrizmanın sayısını değil, aynı zamanda ilişkili stenoz varlığını ya da yokluğunu da tespit eder. Proximal sağ ve sol koroner anevrizma transözefagial ekokardiyografi (TEE) ile daha iyi tespit edilebilir. Çocuklarda KAA CT ve MR ile de tespit edilebilir.

KAA'nın en önemli komplikasyonları tromboz, distal embolizasyon, rüptür ve spazmdır. Daoud ve arkadaşlarının postmortem 10 anevrizma hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada, anevrizmaların %70'inde tromboz olduğu görülmüştür (11). Koroner rüptür bu hastalardaki ani ölümün önemli nedenlerindedir. Gutowski ve arkadaşları meydana gelen vasospazmın nörohormonal olmasından ziyade mekanik olabileceğini söylemişlerdir (8).

KAA'nın tedavisi net değildir. Cerrahi ve medikal yaklaşım vardır. Bütün vakalar için cerrahi yaklaşım seçilebilir. Aintablian ve arkadaşları coronary artery by-pass graft(CABG) yapılan hastalarla anevrizmalı kontrol grubu arasında survey açısından bir fark görmemişlerdir. Cerrahi tedavide anevrizma ligasyonu ya da eksizyonu yapılır. Eğer anevrizma anastomoz bölgesinde değilse sonuç mükemmeldir. Medikal tedavi de ise antiplatelet ve antikoagülan ajanlar kullanılır. Vasospazm

gelişen hastalarda vasodilatatörler (nitratlar ve kalsiyum kanal blokörleri) kullanılabilir. PTCA veya DCA sonrası gelişen anevrizmalarda da benzer tedavi kullanılması konusunda fikir birliği sağlanmıştır.

Bu konuda ilk prospektif çalışma Markis ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (9). 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 iki yıllık takipte %15 gibi üç 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. Ancak, koroner arter anevrizmalı olgularda, dilatasyonun çok fazla olduğu ve rüptür riskini önlemek için cerrahi girişim gerektiren bazı olgular sayılmazsa, prognozun birlikteki koroner arter obstrüksiyonun ciddiyetine bağlı olduğunu bildiren yayınlar da görülmektedir. Koroner arter anevrizmalarında aterotrombotik 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, bazıları, greftlerin orta uzun dönem açıklıklarındaki problemler nedeniyle distalin kapatılmaması gerektiğini, distal revaskülarizasyon ile sağlanan basınç ile oluşacak retrograd akım sayesinde distal embolizasyonun kendiliğinden önleneceğini savunmaktadırlar.

Leung ve arkadaşları bir sol ana koroner arter anevrizması vakasında stent implantasyonu ile başarılı tedavi bildirmişlerdir (10). 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.

Left main coronary artery aneurysm: A case report

Abstract

The angiographic incidence of the coronary artery aneurysm is reported to be between 1.5% to 4.9%, and it is more frequent in males. The aneurysm of left main coronary artery is a rare entity. We present and discuss a 66-year-old male patient with unstable angina pectoris in whom a huge left main coronary artery aneurysm was observed in the coronary angiography.

Key words: Coronary artery aneurysm, atherosclerosis, left main coronary artery

Kaynaklar

1. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. Prog Cardiovasc Dis 1997; 40:77-84.
2. Morgagni JB: De Sedibus et Causis morborum. Venetus Tom I, Epis 27, Art 1761; 28.
3. Munker TM, Peterson O, Vesterdal J. Congenital aneurysm of the coronary artery with an arteriovenous fistula. Acta radiol 1958; 50:333-340.
4. Markis JE, Joffe CD, Cohn PF. Clinical significance of coronary arterial ectasia. Am J Cardiol 1976; 37:217-222.
5. Espinola-Klein C, Rupprecht HJ, Erbel R, et al. 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.
6. Daoud A, Pankin D, Tulgan H, Florentin R. Aneurysms of the coronary artery. Report of ten cases and review of literature. Am J Cardiol 1963; 11:228-237.
7. Walford GD, Midei MG, Aversano TR, et al. Coronary artery aneurysm formation following PTCA: Treatment of associated restenosis with repeat PTCA. Cathet Cardiovasc Diagn 1990; 20:77-83.
8. Gutowski T, Tannenbaum AK, Moreyra AE. Vasospasm in a coronary artery aneurysm. Cathet Cardiovas Diagn 1991; 22:127-129.
9. Markis JE, Joffe CD, Cohn PF, et al. Clinical significance of coronary artery ectasia. Am J Cardiol 1976; 37:217-222.
10. Leung AW, Wong P, Wu CW, et al. Left main coronary artery aneurysm: sealing by stent graft and long-term follow-up. Catheter Cardiovasc Interv 2000; 51:205-209.