

Olgu Sunumu

Akut Miyokard İnfarktüsünün Eşlik Ettiği Dev Sol Ön İnen Koroner Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Serkan Akdağ

Özet

Koroner arter anevrizması, koroner arter anomalileri içinde nadir görülen bir durumdur. Anjiyografik insidansı % 0.3 ile % 5,2 olarak bildirilmiştir. En sık nedeni koroner ateroskleroz olup olguların önemli bir kısmında inflamatuvar hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları saptanmıştır. Bu yazımızda, akut anterior miyokard enfarktüsü ile başvuran ve koroner anjiyografide dev sol ön inen koroner arter anevrizması saptanan 50 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Koroner arter anevrizması, sol ön inen arter, miyokard enfarktüsü

Koroner arter anevrizması ilgili damar çapının, normal koroner arter çapının 1,5 katına çıkması olarak tanımlanır. Görülme sıklığı % 0.3 ile % 5,2 arasında değişir (1). Erişkinlerde en sık nedeni aterosklerozdur (4). Diğer etyolojik nedenler arasında Ehlers-Danlos sendromu, skleroderma, sifiliz, Takayasu arteriti, Kawasaki hastalığı, poliarteritis nodoza, geçirilmiş koroner girişim öyküsü, enfeksiyon hastalıkları sayılabilir (4). Koroner arter anevrizması en sık sağ koroner arterin (RCA) proksimal ve orta segmentlerinde görülür. Bunu sol ana koroner arter (LMCA), sol ön inen arter (LAD) ve sirkumfleks arter (CX) izler (1). Bu olguda; akut anterior MI ile başvuran ve LAD proksimalinde kritik darlıkların eşlik ettiği büyük koroner arter anevrizmalarından biri sunulmuştur.

Olgu Sunumu

50 yaşında erkek hasta bir saat önce başlayan retrosternal göğüs ağrısı ile acil polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde arteryel tansiyon 155/90 mmHg, kalp hızı 82 atım/dk olup çekilen elektrokardiyografisinde V2-6 derivasyonlarda 2 mm ST elevasyonu saptandı. Yapılan koroner anjiyografisinde ciddi çoklu damar koroner arter

hastalığına eşlik eden LAD proksimal segmentinde dev koroner anevrizma saptandı (Resim 1). Hastaya koroner arter bypass greft (CABG) ameliyatı ve anevrizma ligasyonu yapıldı.

Koroner arter anevrizması etyolojisi olarak ateroskleroz düşünüldü. Koroner arter anevrizması etyolojisine yönelik yaptığımız incelemede Ehlers-Danlos sendromu, skleroderma, sifiliz, Takayasu arteriti, Kawasaki hastalığı, poliarteritis nodoza gibi herhangi bir hastalık bulgusu saptanmadı. Ancak hastanın 8 yıldır hipertansiyon nedeniyle düzensiz medikal tedavi aldığı ve yaklaşık 30 yıldır günde 2 paket sigara içtiği öğrenildi. Ameliyat sonrası klinik takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta yatışının 8. gününde medikal tedavisi düzenlenerek ve sigara bıraktırma polikliniğine yönlendirilerek şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Sol ön inen arterdeki (LAD) koroner arter anevrizmasının koroner anjiyografide görünümü.

Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kardiyoloji, Van

Yazışma Adresi: Dr. Serkan Akdağ

Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kardiyoloji, Van

Tel: +905546983126

Fax: +904322171717

E-mail: sercardiocon@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 07.01.2013

Makalenin Kabul Tarihi: 12.03.2013

Tartışma

Anevrizmal koroner arter hastalığı, koroner arterin bir bölümünün komşu normal segment çapından 1.5 kat veya daha fazla genişlemesi olarak tanımlanmıştır (1). Bu oranı Kruger ve ark. (2) normalin 2 katı olarak tanımlarken, bazı çalışmalarda anevrizma çapı normalin üç katı veya daha fazlası olarak tarif edilmiştir (3). Koroner arter anevrizması doğuştan veya edinsel olabilir (4). Koroner arter anevrizması ve ektazilerinin görülme sıklığı % 0.3 ile % 5,2 arasında olup, en büyük anjiyografik çalışma olan CASS'de (Coronary Artery Surgery Study) bu oran % 4,9 olarak saptanmıştır (1). Yetişkinlerde en sık görülme nedeni koroner arter hastalığıdır (1). Diğer etyolojik nedenler arasında Ehlers-Danlos sendromu, skleroderma, sifiliz, Takayasu arteriti, Kawasaki hastalığı, poliarteritis nodoza, travma (perkütan transluminal koroner anjiyoplasti), enfeksiyon hastalıkları sayılabilir (4). Yapılan çalışmalarda koroner arter anevrizması yaş ve cinsiyet ile ilişkili bulunmamıştır (4). Lipoprotein metabolizmasındaki bir bozukluğun anevrizmal koroner arter hastalığına yol açabileceği ileri sürülmüştür (5).

Koroner arter anevrizması oluşumunda rol oynayan temel patolojik mekanizma media tabakasının incilmesi ve duvar stresinin artmasıdır. Bunun sonucunda koroner arterde oluşan ilerleyici genişleme diffüz ektazi veya lokal anevrizma ile sonuçlanır. Bu durum koroner akımda yavaşlamaya, türbülans akıma, in situ tromboza yol açarak iskemiye ve miyokard infarktüsüne neden olabilmektedir (6). Anevrizma tromboze olduğunda intrakardiyak kitle şeklinde görülebilir (7). Ayrıca anevrizma, akut koroner arter rüptürüne yol açarak komşu kalp odacıklarında ciddi basınç oluşturup ölümcül komplikasyonlara yol açabilir (8). Koroner arter anevrizması en sık sağ koroner arterin (RCA) proksimal ve orta segmentlerinde görülür. Bunu sol ana koroner arter (LMCA), sol ön inen arter (LAD) ve sirkumfleks arter (CX) izler (1). Bir çalışmada sadece koroner arter ektazisi olan hastaların %39'unda, başka bir çalışmada ise % 29'unda geçirilmiş Mİ veya angina öyküsü bildirilmiştir (4). Bu çalışmalarda Mİ yerleşimi ile ektatik olan arter uyumlu bulunmuştur. Bu hastalar sıklıkla asemptomatik seyretmekle beraber; efor anginası, kararsız angina ve miyokard infarktüsü (Mİ) ile de karşımıza çıkabilirler (9).

Sonuç olarak; koroner arter anevrizmaları nadir görülen lezyonlar olup uygun tedavi yöntemi konusunda standart bir yöntem geliştirilmemiştir

(3). Hastanın klinik durumu, eşlik eden arteriosklerotik hastalığın varlığı, anevrizmanın lokalizasyonu ve boyutuna göre konservatif izlenebileceği gibi anevrizma onarımı, koroner bypass grefti, ligasyon ve distal bypass gibi cerrahi müdahaleler uygulanabilir. Temel amaç anevrizmanın tamiri veya rezeksiyonu ile beraber koroner kan akımının devamlılığının sağlanmasıdır (10).

Acute myocardial infarction associated with giant left anterior descending coronary artery aneurysm: Case report

Abstract

Coronary artery aneurysms are rare cases among the coronary artery anomalies. Their angiographical incidence has been reported between 0.3 % and 5.2 %. The most common etiology was the coronary atherosclerosis, and in a significant proportion of the cases, inflammatory diseases and connective tissue diseases have been detected. In this paper, a 50-year-old male patient accepted with acute anterior myocardial infarction and with giant coronary artery aneurysm of the left anterior descending coronary artery in coronary angiography is presented.

Key words: Coronary artery aneurysm, left anterior descending artery, myocardial infarction

Kaynaklar

1. Swaye PS, Fisher LD, Litwin P, Vignola PA, Judkins MP, Kemp HG, et al. Aneurysmal coronary artery disease. *Circulation* 1983; 67(1):134-138.
2. Krüger D, Stierle U, Herrmann G, Simon R, Sheikhzadeh A. Exercise-induced myocardial ischemia in isolated coronary artery ectasias and aneurysms ("dilated coronopathy"). *J Am Coll Cardiol* 1999; 34(5):1461-1470.
3. Alford WC Jr, Stoney WS, Burrus GR, Frist RA, Thomas CS Jr. Recognition and operative management of patients with arteriosclerotic coronary artery aneurysms. *Ann Thorac Surg* 1976; 22(4):317-321.
4. Demopoulos VP, Olympios CD, Fakiolas CN, Pissimissis EG, Economides NM, Adamopoulou E, et al. The natural history of aneurysmal coronary artery disease. *Heart* 1997; 78(2):136-141.
5. Sudhir K, Ports TA, Amidon TM, Goldberger JJ, Bhushan V, Kane JP, et al. Increased prevalence of coronary ectasia in heterozygous familial hypercholesterolemia. *Circulation* 1995; 91(5):1375-1380.
6. Markis JE, Joffe CD, Cohn PF, Feen DJ, Herman MV, Gorlin R. Clinical significance of

- coronary arterial ectasia. *Am J Cardiol* 1976; 37(2):217-222.
7. Murthy PA, Mohammed TL, Read K, Gilkeson RC, White CS. MDCT of coronary artery aneurysms. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184(3):19-20
 8. Chia HMY, Tan KH, Jackson G. Non-atherosclerotic coronary artery aneurysms: two case reports. *Heart* 1997; 78(6):613-616.
 9. Satran A, Bart BA, Henry CR, Murad MB, Talukdar S, Satran D, et al. Increased prevalence of coronary artery aneurysms among cocaine users. *Circulation* 2005; 111(19):2424-2429.
 10. Altinbas A, Nazli C, Kinay O, Ergene O, Gedikli O, Ozaydin M ve ark. Predictors of exercise induced myocardial ischemia in patients with isolated coronary artery ectasia. *Int J Cardiovasc Imaging* 2004; 20(1):3-17.