

## Korunmuş Sol Ventrikül Sistolik Fonksiyonlu Ciddi Sol Ana Koroner Arter Tıkanması

### Severe Occlusion of the Left Main Coronary Artery with Preserved Left Ventricular Systolic Function

Aydın Akyüz, Dursun Çayan Akkoyun, Şeref Alpsoy

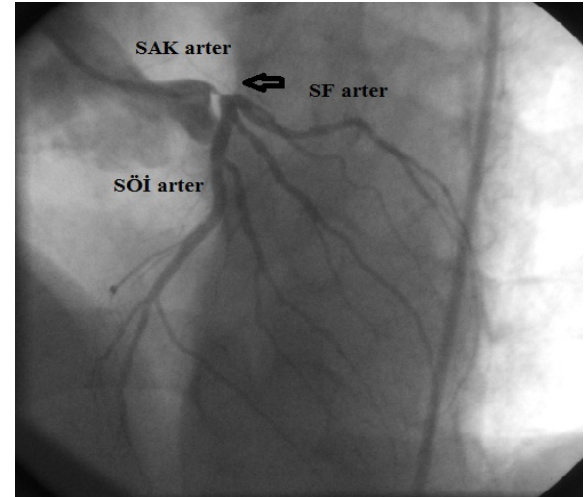
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Sayın Editör,

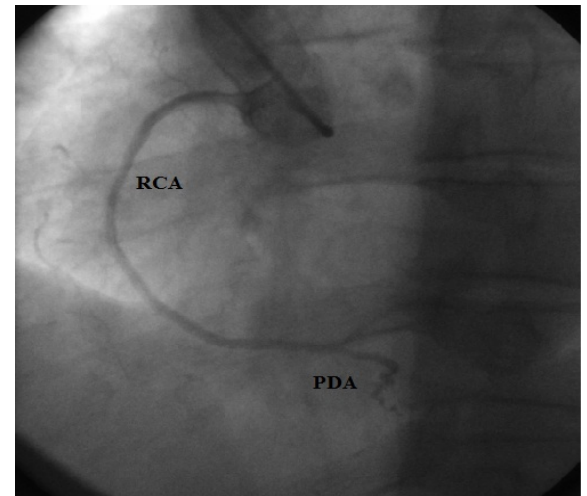
Total ya da subtotal sol ana koroner (SAK) arter tıkanması ile beraber korunmuş sol ventrikül fonksiyonu nadir görülen bir durumdur. Ciddi sol ana koroner lezyonu olan vakalar genelde stabil anjina, anstabil anjina, miyokard infarktüsü ve ani ölüm ile görülebilir. Özellikle akut tıkanmalarda hastane içi mortalite %50 düzeyindedir.(1).Bu hastalarda en kısa sürede revaskülarizasyon sağlamak prognoz açısından hayati öneme sahiptir. Özellikle sağ-sol koroner sistem arasında iyi gelişmiş kollateral damar, hem prognoz açısından hem de sol ventrikül fonksiyonlarının korunması açısından ciddi öneme sahiptir. Bu yazıda SAK arterde %95 darlık ve kollateral damar gelişimi olmamasına rağmen korunmuş sol ventrikül fonksiyonlarına sahip nadir görülebilen bir vakayı sunmak istedik.

55 yaşında erkek hasta kliniğimize son iki aydır olan baskı tarzında göğüs ağrısı ile başvurdu. Fizik muayene bulguları normal saptandı. Elektrokardiyogramda sinüs ritmi izlendi ve ST-T değişikliği görülmedi. Ekokardiyografide anterior duvar hafif hipokinezik olup, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değeri %50 saptandı. Hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara içme öyküsü olan hastanın egzersiz stres testinde 7 mets de ST depresyonu ve göğüs ağrısı saptandı. Hastaya yapılan koroner anjiyografide SAK arterde %95 darlık saptandı, diğer koroner arterlerde anlamlı darlık yoktu. Kateter spazmı olasılığını dışlamak için nitrogliserin sonrası SAK ostiyumuna girmeden dışarıdan opak verildi, ancak darlık aynı oranda kaldı. Sağ koroner (SK) arter dominant idi ve Sağ-sol koroner kollateral dolaşım

izlenmedi(Şekil 1, 2).Hastaya başarılı erken koroner arter bypass greft ameliyatı yapıldı ve 7 gün sonra taburcu edildi.



Şekil 1. Koroner anjiyografi sol kranial görüntüleme. SAK (Sol Ana Koroner), SÖİ (Sol Ön İnen), SF (Sirkumflex)



Şekil 2. Koroner anjiyografi sol 30 oblik görüntüleme. SK (Sağ Koroner), Aİ (Arka İnen).

Ciddi SAK arter lezyonu olan vakalar genelde stabil anjina, anstabil anjina, miyokard infarktüsü ve ani ölüm ile tespit edilirler. Genellikle sol ventrikül fonksiyonları bozulduğu için kalp yetmezliği bulguları da görülebilir (2). Kronik total oklüzyonlarda hastanın hayatta kalması için SK arterin dominant olması ve iyi gelişmiş sağ-sol kollateral ağın bulunması hayati öneme sahiptir(3). Daha önce bildirilen sağ kalan hastaların total veya subtotal SAK arter tıkanıklarında korunmuş sol ventrikül fonksiyonları; ciddi darlığı olmayan dominant SK arter ve iyi kollateral bulunmasına bağlanmıştır (3, 4, 5). Bizim vakamızda daha önce bildirilen olgulardan farklı olarak hiç kollateral gelişimi yoktu. Kateter spazmını nitrogliserin ile dışlamak pratik bir yaklaşımdır, ancak şüpheli vakalarda klinisyen çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile bu tip lezyonları ekarte edebilir. Vakamızda olduğu gibi nitrogliserin sonrası SAK arterde devam eden %95 darlık olmasına rağmen sol ön inen (SÖİ) arter ve sirkumflex (SF) artere TIMİ III distal akım sağlandığı için sol ventrikül fonksiyonları korunmuştur.

SAK arter hastalığında tedavide ilk seçenek koroner bypass greft cerrahisidir. Ancak cerrahi müdahale için yüksek riskli olan, cerrahi müdahaleyi kabul etmeyen veya kardiyojenik şoka girmiş akut total oklüzyonlarda stent implantasyonu da güvenli ve faydalı bulunmuştur.(6)

Sonuç olarak ciddi SAK arter tıkanıklığı ile birlikte korunmuş sol ventrikül fonksiyon birlikteliği oldukça nadir bir durumdur. Anlamli darlığı olmayan dominant SK arterin yanı sıra SÖİ ve SF koroner arterde ciddi lezyon olmaması ve iyi gelişmiş kollateral ağ bulunması sol ventrikül fonksiyonlarının korunması için önemlidir. Akut total SAK arter tıkanıklığı genellikle ani kardiyak ölüme görüldüğü için ciddi darlık saptanmış olgular acilen tedavi edilmelidir.

## Kaynaklar

1. Goldberg S, Grossman W, Markis JE, Cohen MV, Baltaxe HA, Levin DC. Total occlusion of the left main coronary artery. A clinical, hemodynamic and angiographic profile. Am J Med 1978; 64: 3-8
2. Kanjwal MY, Carlson DE Jr, Schwartz JS. Chronic/subacute total occlusion of the left main coronary artery--a case report and review of literature. Angiology 1999;50: 937-45.
- 3.Esen A.M, Avcı A, Açar G,Akçakoyun M, Emiroğlu Y.Chronic Total Occlusion of the Left Main Coronary Artery with Preserved Left Ventricular Function:Case Report. Turkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2012;24: 148-50.
- 4.Charitos CE, Nanas JN, Tsoukas A, Anastasiou Nana M, Lolos CT. Total occlusion of the left main coronary artery with preserved left ventricular function. Int J Cardiol 1997; 61: 193-6.
- 5.Ipek G, Omeroglu SN, Ardal H, Mansuroglu D, Kayalar N, Sismanoglu M, Guler M, Daglar B, Yakut C. Surgery for chronic total occlusion of the left main coronary artery myocardial preservation. J Card Surg 2005; 20: 60-4.
6. Lee RJ, Lee SH, Shyu KG, Lin SC, Hung HF, Liou JY, Cheng JJ, Kuan P, Lin HS, Wang CF. Immediate and long-term outcomes of stent implantation for unprotected left main coronary artery disease. Int J Cardiol. 2001;80: 173-7.

