

Aterosklerozun Eşlik Ettiği Dev Sol Ön İnen Arter Anevrizması



Mahmut Özdemir¹, Yemlihan Ceylan¹, Nesim Aladağ¹, Tayyar Akbulut¹, Faysal Şaylık¹, Mustafa Etlî²

¹ Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Van, Türkiye

² Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Van, Türkiye

ÖZET

55 yaşında erkek hasta kliniğimize tipik iskemik göğüs ağrısı ile başvurdu. Koroner anjiyografide sol ön inen arter (LAD) proksimal segmentinde fusiform tipte dev anevrizma, birinci diyagonal dalı hizasında önemli darlık, sirkumfleks arterinde önemli darlık ve sağ koroner arter total oklüde saptandı. Hastaya koroner arter baypas greft (CABG) operasyonu yapıldı. Bu olgumuzda aterosklerozun eşlik ettiği dev LAD anevrizmasını sunmayı amaçladık. Bu olgumuz literatürde görülen dev LAD anevrizmalarından biridir.

Anahtar Kelimeler: Ateroskleroz; anevrizma; koroner arterler

Giant Left Anterior Descending Artery Aneurysm Accompanied by Atherosclerosis

ABSTRACT

Having typical ischemic chest pain, 55-year-old male patient applied to our clinic. It was determined that in coronary angiography; giant aneurysm in the shape of fusiform in the proximal segment of left anterior descending (LAD) artery, significant stenosis in the first diagonal branch line; significant stenosis in circumflex artery and the total occlude in the right coronary artery. The patient was operated through coronary artery bypass greft (CABG). In this our case, we aimed to present the giant LAD aneurysm accompanied by atherosclerosis. This our case is one of the giant LAD aneurysms see in literature.

Key Words: Atherosclerosis; aneurysm; coronary arteries

GİRİŞ

Koroner arter anevrizması koroner damarların fokal veya difüz anormal dilatasyonudur. Koroner arter anevrizması literatürde; ilgili damar çapının, normal koroner arter çapının 1.5 katına çıkması olarak tanımlanır^(1,2). Doğuştan olabileceği gibi, başta ateroskleroz olmak üzere, birçok edinsel nedenlerle de (enfeksiyon, travma, vaskülit, Kawasaki hastalığı, kateterizasyon/cerrahi sonrası, spontan disseksiyon, metastatik tümörler vs.) gelişebilmektedir^(2,3). Sıklıkla başka bir amaçla yapılan kardiyak kateterizasyon sonrasında tesadüfen tanı konur. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte anjinadan miyokart infarktüsüne kadar değişen geniş bir yelpazede semptomatik de olabilirler. Anevrizmal genişleme büyük epikardiyal koroner arterlerin hepsinde görülebilir. Ancak, en sık sağ koroner arterde, çok daha az oranda da sol ana koroner arterde rastlanmıştır⁽¹⁾. Bu yazıda literatürde belirtilen büyük koroner arter anevrizmalarından biri sunulmuş olup, kliniğimizde tipik anjina sebebiyle koroner anjiyografi yapılan, koroner arter hastalığı ve LAD proksimalindeki anevrizma sebebiyle cerrahi kararı alınan olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşında erkek hasta kliniğimize tipik iskemik göğüs ağrısı ile başvurdu. Koroner arter hastalığı risk faktörü olarak da hipertansiyon ve sigara içiciliği bulunan hastanın fizik muayenesinde nabız 70 atım/dakika ritmik, kan basıncı 145/75 mmHg idi. Kardiyovasküler ve solunum sistemi muayenesinde klinik olarak anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Elektrokardiyografide V4-6 derivasyonlarında ST çökmesi ve T negatifliği vardı. Ekokardiyografide, sol ventrikül bölgesel duvar hareket bozukluğu ve sol ventrikül arka duvar ile interventriküler septumun kalınlaşmış olduğu görüldü. Modifiye Simpson yöntemiyle sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %48 olarak ölçüldü. Laboratuvar bulgularından tam kan sayımı, karaciğer, böbrek

Yazışma Adresi

Mahmut Özdemir

E-posta: dragit56@hotmail.com

Geliş Tarihi: 14.02.2014

Kabul Tarihi: 03.04.2014

@Telif Hakkı 2016 Koşuyolu Heart Journal metnine www.kosuyoluheartjournal.com web adresinden ulaşılabilir.

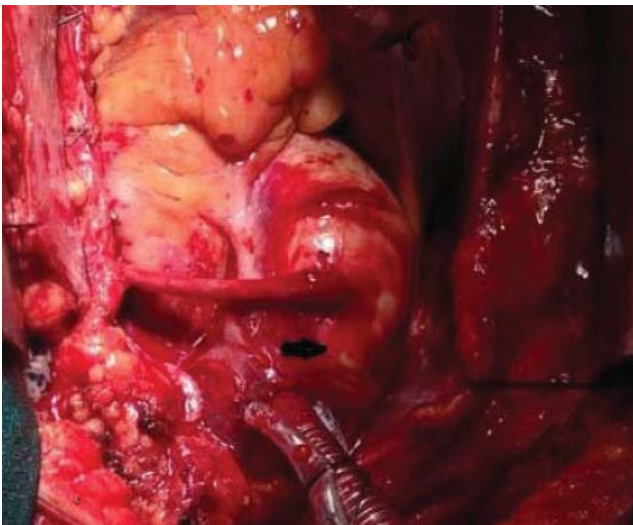
ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlar içerisindeydi. Koroner anjiyografide LAD koroner arterin proksimal segmentinde fusiform tipte dev anevrizma, birinci diyagonal dalı hizasında önemli darlık sirkumfleks arterinde önemli darlık ve RCA total oklüde saptandı (Resim 1). Hastaya koroner arter baypas greft ameliyatı önerildi. Bu nedenle LAD-sol internal mammarian arter-Aorta, RCASafen ven-Aorta, Cx-Safen ven-Aorta and birinci diagonal-Safen ven-Aorta baypasları uygulandı (Resim 2). Baypas sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi ve hasta kısa sürede medikal tedavisi düzenlenerek hastaneden taburcu edildi.

TARTIŞMA

Koroner arter anevrizmaları nadir gözlenen malformasyonlardır. Sıklıkla sağ koroner arterden kaynaklanan anevrizmalar gözlenmekte olup, sol ön inen koroner arter anevrizması



Resim 1. LAD koroner arterin proksimal segmentinde fusiform tipte dev anevrizma görülmekte.



Resim 2. İntraoperatif görüntüde anevrizmak koroner arter segmenti (siyah ok).

(LAD) ve sirkumfleks koroner arter (Cx) kaynaklı anevrizmalar daha nadir gözlenmektedir⁽⁴⁾. Koroner arter anevrizmasının koroner arter hastalığı arasındaki insidansı yaklaşık %1.5 ile %5 arasındadır⁽²⁾. Koroner anevrizmaların en sık nedeni aterosklerozdur. Diğer nedenler, Kawasaki hastalığı, doğuştan bozukluklar, bakteriyel infeksiyon, bağ dokusu hastalıkları, arteritler, göğüs travması, perkütan koroner girişim veya cerrahi sonrası iyatrojenik, kendiliğinden veya ikincil olarak ortaya çıkan diseksiyonlar ve mikotik embolidir⁽⁵⁾.

Koroner arter anevrizmaları ömür boyu sessiz kalabilecekleri gibi distal embolizasyon, fistülizasyon, trombüs, diseksiyon veya rüptüre yol açarak önemli morbidite-mortalite nedeni olabilirler^(6,7). Koroner arter anevrizması çoğunlukla asemptomatik olup koroner anjiyografi sırasında rastlantısal olarak saptanmaktadır. Semptomatik olan hastalar ise genellikle iske mi veya kalp yetmezliği bulgularıyla kardiyoloji kliniğine başvurmaktadır⁽⁸⁾. Bizim hastamızda koroner arter anevrizmasına ateroskleroz eşlik etmekteydi. Tanı tipik iskemik göğüs ağrısı nedeniyle yapılan koroner anjiyografiyle konuldu.

Ayrıca bazen anevrizma içindeki yavaş akım ve kanın stazı da trombüs oluşumuna yol açarak koroner damar oklüzyonu ve miyokart infarktüsüne yol açabilmektedir⁽⁹⁾. Anevrizma tromboze olduğunda intrakardiyak kitle şeklinde saptanabilir⁽¹⁰⁾. Koroner arter anevrizmasının diğer nadir prezentasyonları ise hemoperikardiyum ve kardiyak tamponada yol açabilecek şiddetli akut koroner damar rüptürü ve acil cerrahi operasyon gerektirecek komşu kalp odacıklarının ciddi kompresyonudur^(11,12). Hastaların asemptomatik olduğu ve eşlik eden arteriosklerotik hastalığı olmayan durumlarda konservatif izlenebileceği gibi semptomatik hastalarda ligasyon ve distal baypas, plikasyon, safen yama tamiri, anevrizma onarımı, koroner baypas grefti gibi cerrahi müdahaleler uygulanabilir. Seçilecek tedavi yöntemi de hastanın yaşına, anevrizmanın etyolojisine, semptom varlığına ve eşlik eden ek kardiyak patolojiye bağlı olarak değişir^(13,14).

Koroner arter anevrizmasının prognozu bu hastalığa eşlik eden obstrüktif koroner arter hastalığının varlığı ve şiddetine bağlıdır. Koroner arter anevrizmasının cerrahi endikasyonu anevrizmanın boyutu, rüptür riski, eşlik eden obstrüktif koroner arter hastalığının varlığı ve şiddeti ve kalp odacıklarının en az birinde fistül varlığı ve fistülün boyutuna bağlıdır⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Dev koroner arter anevrizması halen nadir görülen bir patolojik durum olup tedavide temel prensip, anevrizmanın tamiri veya rezeksiyonu ile beraber koroner kan akımının devamlılığının sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. Prog Cardiovasc Dis 1997;40:77-84.
2. Hoşcan Y, Doğan A, Altınbaş A. A case of left main coronary artery aneurysm associated with severe stenosis of left anterior descending artery. [Article in Turkish] Anadolu Kardiyol Derg 2004;4:274.

3. 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;34:1461-70.
4. Nichols L, Lagana S, Parwani A. Coronary artery aneurysm: a review and hypothesis regarding etiology. *Arch Pathol Lab Med* 2008;132:823-8.
5. Hartnell GG, Parnell BM, Pridie RB. Coronary artery ectasia. Its prevalence and clinical significance in 4993 patients. *Br Heart J* 1985;54:392-5.
6. Berkoff HA, Rowe GG. Atherosclerotic ulcerative disease and associated aneurysms of the coronary arteries. *Am Heart J* 1975;90:153-8.
7. 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;22:317-21.
8. 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;111:2424-9.
9. Sarioğlu A, Saltık L, Arısoy N, Ali Ertugrul A. Kawasaki sendromuna bağlı koroner arter anevrizmaları. *Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1991;1:49-52.
10. Murthy PA, Mohammed TL, Read K, Gilkeson RC, White CS. MDCT of coronary artery aneurysms. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:19-20.
11. Chia HMY, Tan KH, Jackson G. Non-atherosclerotic coronary artery aneurysms: two case reports. *Heart* 1997;78:613-16.
12. Otsuka M, Minami S, Hato K, Suto Y, Kajiwaru K, Yamagishi H, et al. Acute myocardial infarction caused by thrombotic occlusion of a coronary artery aneurysm. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997;41:423-5.
13. Altınbaş A, Acar G, Aslan SM. Giant left main coronary aneurysm with coronary artery ectasia. [Article in Turkish] *Anadolu Kardiyol Derg* 2005;5:79-80.
14. Aintablian A, Hamby RI, Hoffman I, Kramer RJ. Coronary ectasia: incidence and results of coronary bypass surgery. *Am Heart J* 1978;96:309-15.
15. Gündüz H, Akdemir R, Binak E, Tamer A, Uyan C. Spontaneous rupture of a coronary artery aneurysm. *Jpn Heart J* 2004;45:331-6.
16. Coronary artery aneurysm rupture mimicking dissection of the thoracic aorta. *Int J Cardiol* 1998;65:115-7.
17. Hirsch GM, Casey PJ, Raza-Ahmad A, Miller RM, Hirsch KJ. Thrombosed giant coronary artery aneurysm presenting as an intracardiac mass. *Ann Thorac Surg* 2000;69:611-3.