

İlerleyen aterosklerotik koroner arter anevrizması

Progressive atherosclerotic coronary artery aneurysm

Koroner arter anevrizması koroner arter çapındaki dilatasyonun normal koroner arter çapının 1.5-2 kat veya daha fazla artması olarak tanımlanır. Koroner arter anevrizması %1.5-5 sıklıkta gözlenir. Erkeklerde kadınlardan daha sık gözlenir. En çok sağ koroner arteri tutar. Koroner arter anevrizmalarının en sık nedeni; %90 sıklıkla aterosklerotik anevrizmadır.

İki yıl önce acil şartlarda sağ koroner arter anevrizma rüptürü nedeniyle ameliyat ettiğimiz 58 yaşındaki bayan hasta polikliniğe çabuk yorulma şikâyeti ile başvurdu. Elektrokardiyografisinde geçirilmiş inferiyor infarktüse ait bulgular mevcuttu. Hastaya kontrol anjiyografisi uygulandı. Koroner anjiyografide sol ana koroner arterde (LMCA) anevrizma saptandı (Resim 1). Anevrizma sol inen arter (LAD) ve sirkumfleks artere (Cx) de uzanmaktadır (Video 1. Hareketli video görüntüler www.anakarder.com'da izlenebilir). Oysa operasyon sırasında bu üç bölümde anevrizma olarak yorumlanabilecek çap artışı gözlenmedi. Ameliyat sırasında rüptüre kısımdan alınan kesitlerde patolojik tanı aterosklerotik anevrizma duvarı olarak değerlendirildi.

Sağ koroner arteri anevrizma nedeniyle perforan olan bu olguda, acil şartlarda müdahale gerektiği için preoperatif anjiyografi uygulanmadı. Ancak operasyon sırasında sol sistemde anevrizma formasyonu gözlenmedi. Postoperatif komplikasyonsuz olarak takip edilen olguya beta-bloker, anjiyotenzin dönüştürücü enzim inhibitörü, statin ve aspirinden oluşan tedavi rejimi uygulandı. Buna rağmen iki yıllık bir zaman içinde müdahale gerektiren LMCA, LAD ve Cx anevrizması gözlenmesi hastalığın çok hızlı ilerlediğini düşündürmektedir.

Bu nedenle koroner arter anevrizması nedeniyle takip edilen olguların daha sık aralıklarla kontrolünü yapmak gerekli olabilir.

**Osman Tiryakioğlu, Selma Kenar Tiryakioğlu*,
Hasan Arı*, Hakan Özkan***
**Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi ve *Kardiyoloji Klinikleri, Bursa, Türkiye**

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Op. Dr. Osman Tiryakioğlu
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve
Damar Cerrahisi Kliniği, Prof. Tezok cad. 16320 Yıldırım, Bursa, Türkiye
Tel: +90 532 595 61 25 E-posta: osmantiryaki@gmail.com



Resim 1. Sol ana koroner arter anevrizmasının koroner anjiyografi görüntüsü

Congenital left ventricular apical diverticulum

Sol ventrikül apikal konjenital divertikül

Left ventricular diverticula are saccular protrusions of the ventricular wall. They are usually asymptomatic malformations, rarely complicated with arrhythmia, valvular regurgitation, systemic embolisation, ventricular rupture and sudden death. Here we report a case of asymptomatic, congenital left ventricular diverticulum and ventricular septal defect (VSD).

A 16-year-old boy was referred to our hospital with the diagnosis of VSD. He had no previous history of chest trauma, tuberculosis, Kawasaki disease, Chagas disease, or myocarditis. He did not have any complaints. His physical examination was normal except the pansystolic murmur, which was heard between the 3rd and 4th intercostal area on the left sternal border. The telecardiography was normal, and incomplete right bundle branch block was found on electrocardiography. Transthoracic echocardiography showed perimembranous type VSD of 13 mm in size. Cardiac catheterization and cineangiogram of the left ventricle (LV) revealed subaortic VSD and an apical saccular anomaly originated from the free wall of the LV (Video 1, 2. See corresponding video/movie images at www.anakarder.com). Bidirectional blood flow, to and from the saccular anomaly, simultaneously with the contractions of the LV was seen. After catheterization and angiography, this lesion was also shown by echocardiography (Fig. 1).

Left ventricular diverticula and aneurysms, and their association with VSD are rarely encountered in pediatric age group. The cardiac catheterization was important for the diagnosis.

F. Ayşenur Paç, Deniz N. Çağdaş
**From Section of Pediatric Cardiology, Yüksek İhtisas
Education and Research Hospital, Ankara, Turkey**

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Deniz N. Çağdaş
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Bölümü
Ankara, Turkey Phone: +90-312-4269936 E-mail: cagdasdenizna@yahoo.com



Figure 1. a. Left ventricular angiogram in the 60° lateral and 30° cranial view projection. The congenital apical diverticulum and the perimembranous ventricular septal defect are shown. b. Echocardiographic five-chamber view of apical diverticulum.