

## Koroner arter ektazisi ile birlikte görülen dev ana koroner arter anevrizması

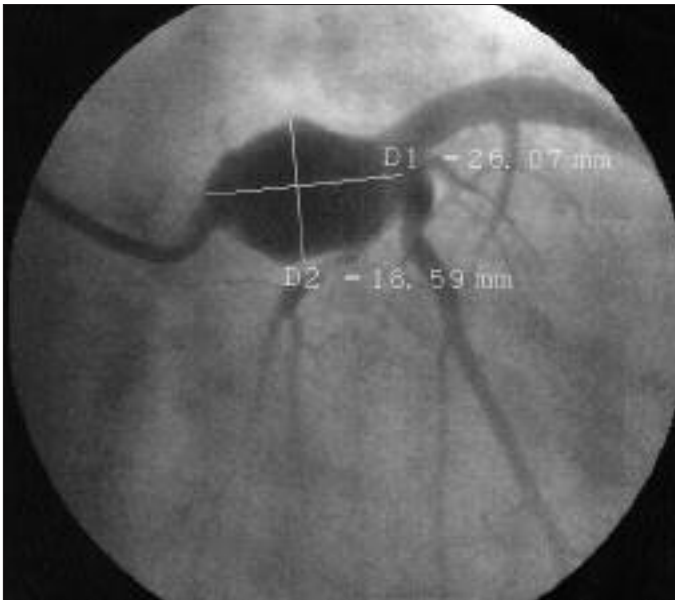
### *Giant left main coronary aneurysm with coronary artery ectasia*

*Dr. Ahmet Altınbaş , Dr. Gürkan Acar , Dr. Süleyman Murat Aslan*

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

Koroner arter anevrizması; damar çapında normal koroner arter segmentine göre 1.5 kattan daha fazla genişleme olarak tanımlanır. Koroner anjiyografi yapılan hastalar arasındaki koroner arter anevrizmalarının insidansı farklı serilerde % 0.15- %4.9 arasında değişmekte ve erkek cinste daha sık görülmektedir. Anevrizmal dilatasyon büyük epikardiyal koroner arterlerin hepsinde de görülebilir. Ancak en sık sağ koroner arterde, çok daha az oranda da sol ana koroner arterde rastlanır (1,2).

Koroner anevrizmaların en sık rastlanan nedeni aterosklerozdur. Diğer nedenler: Kawasaki hastalığı, konjenital malformasyonlar, bakteriyel infeksiyon, bağ doku hastalıkları, arteritler, göğüs travması, perkütan koroner girişim ve cerrahi sonrası iyatrojenik, spontan veya sekonder disseksiyon, mikotik embolidir (3). Damarlarda kronik dilatasyona neden olan endojen nitrik oksitin kronik stimülasyonu ile koroner arterlerde ektatik segmentlerin meydana geldiği gösterilmiştir (4).



**Resim 1.** Sol ana koroner arterde sakküler anevrizmanın anjiyografik görüntüsü

Bu olgu, obstrüktif koroner arter hastalığının eşlik etmediği, koroner ektazi ile birlikte ana koroner anevrizmasını içermektedir. Literatürde bildirilen en geniş ana koroner arter anevrizmalarından birisidir.

Konjestif kalp yetersizliği ön tanısı ile kliniğimize yatırılan 70 yaşında bayan hastanın; üç haftadır istirahatte nefes darlığı, düz yatamama, geceleri nefes darlığı ile uyanma, bacaklarında şişme yakınmaları vardı. Fizik muayenesinde; nabız 130/dk disritmik, kan basıncı 170/75 mmHg idi. Her iki akciğer bazalinde yaygın krepitan raller iştiliyordu. Ayrıca sternumun sol kenarında 2/4 şiddetinde erken diyastolik üfürüm mevcuttu. Karaciğer palpasyonla midklavikular hatta kot altında yaklaşık 3 cm ağırlı ele geliyordu. Koroner arter hastalığı risk faktörü olarak hipertansiyonu ve hiperlipidemisi mevcuttu. İstirahat elektrokardiyografisinde ortalama 130/dk hızında atriyal fibrilasyon vardı. Teleradyografide kalp toraks oranı kalp lehine artmıştı (0.62). Transtorasik ekokardiyografide; sol ventrikül çapları normalden geniş, duvar kalınlıkları normal, sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında global azalma mevcut olup ejeksiyon fraksiyonu %30 olarak belirlendi. İkinci derece aort yetersizliği vardı.

Hastanın klinik durumu medikal tedavi ile stabil olduktan sonra kalp yetersizliği etyolojisini aydınlatmak amacıyla hastaya koroner anjiyografi yapıldı: Sol ana koroner arterde 26.0x19.5mm boyutlarında dar boyunlu, sol ön inen arter (LAD) proksimal segmentine kadar uzanan sakküler anevrizma tespit edildi (Resim 1). Anevrizma içinde kan akımı oldukça yavaş ve distal koroner kan akımında belirgin gecikme tespit edildi. Buna ilaveten LAD proksimal segmentinde ve sağ koroner arterde de ektazi mevcuttu. Sirkumfleks (Cx) arter normaldi. Sol ventrikülografide tüm duvarlar ileri hipokinetikti.

Anevrizmanın ligasyonu ve distal baypas, izole koroner arter baypas grefti, anevrizma plikasyonu, safen ven yama operasyonu ile anevrizma tamiri gibi ana koroner arter anevrizmalarına yönelik cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Genel kabul görmüş cerrahi operasyon tipi belli değildir. Seçilecek cerrahi girişim tipi her hasta için bireyselleştirilmelidir. Hastaya cerrahi tedavi önerilmedi, medikal tedavi ile takip kararı alındı.

## Kaynaklar

1. Hawkins JW, Vacek JL, Smith GS. Massive aneurysm of the left main coronary artery. Am Heart J 1990; 119: 1406-8.
2. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. Prog Cardiovasc Dis 1997; 40: 77-84.
3. Hartnell GG, Parnell BM, Pridie RB. Coronary artery ectasia: its prevalence and clinical significance in 4993 patients. Br Heart J 1985; 54: 392-5.
4. Sorrel VL, Davis MJ, Bove AA. Current knowledge and significance of coronary artery ectasia: a chronologic review of the literature, recommendations for treatment, possible etiologies and future considerations. Clin Cardiol 1998; 21: 157-60.

