

Tek Koroner Arter Anomalisi

Yard.Doç.Dr.Sebahattin ATEŞAL, Yard.Doç.Dr.Hüseyin ŞENOCAK,
Dr.Mehmet KORUK, Yard. Doç. Dr. Hikmet KOÇAK, Prof. Dr. Necip ALP

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kardiyoloji Bilim Dalı, ERZURUM

ÖZET

Tek koroner arter anomalisinde, her iki koroner arter bir koroner ostiumdan çıkar. Ostium genellikle sol koroner ostiumdur. Sağ ve sol koronerlerin periferik dağılımı normaldir. Bu koroner arter anomalisi izole veya diğer kongenital kardiyovasküler anomalilerle birlikte olabilir. Nadiren ani ölüme yol açabilir.

Biz kliniğimizde yaptığımız 500 koroner anjiyografide tek koroner arter anomalisi ve önemli arterosklerotik koroner arter hastalığı saptadığımız bir vakayı sunduk

Anahtar Kelimeler: Koroner arter anomalileri.

Koroner arterlerin pekçok varyantları ve anormallikleri bugün bilinmektedir. Bunların birçoğu sadece istatistiksel açıdan önemlidir; kardiyak fonksiyonların hiçbirinin bozukluğuna neden olmaz ve hastanın yaşamını etkilemez. Gerçekle bir organdaki malformasyonun o organın fonksiyonunu her zaman bozması gerekmez, çünkü pekçok kompensatuvar mekanizma harekete geçer ve sonuçta hastalık klinik olarak çok geç ortaya çıkabilir. Bununla birlikte birçok durumda da erken bir yaşta değişen yoğunlukta semptomlar oluşabilir.

VAKA

Hasta (Y.Ö.) 52 yaşında; göğsünde ağrı şikayetiyle müracaat etti. Tipik angina pectoris

Geliş Tarihi: 26.12.1989 **Kabul Tarihi:** 16.3.1990

Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr.Sebahattin ATEŞAL

Atatürk Üniversitesi Lojmanları

5. Blok No; 17

ERZURUM

SUMMARY

SINGLE CORONARY ARTERY

In single coronary artery anomaly, there is single coronary artery ostium from which both coronary arteries arise with essentially normal peripheral distribution. The ostium is usually that of the left coronary artery. This anomaly may be an isolated anomaly or associated with other cardiovascular anomalies.

This anomaly occasionally has been associated with sudden death.

We detected one patient with single coronary artery and important atherosclerotic coronary artery disease in a group of 500 patients who underwent coronary angiography in our clinics.

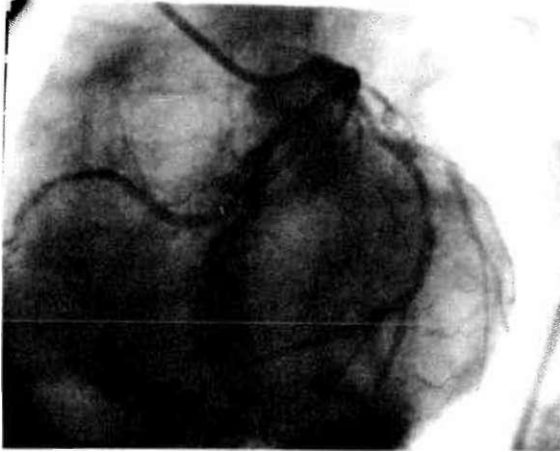
Key Words: Coronary artery anomalies.

tanımlıyordu. 20 gündür beta bloker, nifedipin ve nitrit tedavisi ile şikayetlerinin düzelmediğini ve giderek arttığını belirten hasta kliniğimize yatırıldı.

2 yıldır hipertansiyonu varmış. Alkol ve sigara içme alışkanlığı yok. Aile hikayesinde koroner arter hastalığı yok. Diyabetes mellitus yok.



Sekili. Aort kökü angiografisi.



Şekil 2. Sol ön oblik pozisyonda selektif sol koroner angiografi.



Şekil 3. Sağ ön oblik pozisyonda selektif sol koroner angiografi.

Fizik muayenesinde, arteriyel kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 80/dk ritmik, ateş 36.5°C; ödem, ikter, siyanoz ve juguler venöz dolgunluk yok. Kardiyovasküler ve diğer sistemlerin muayenesi normal olarak değerlendirildi. Elektrokardiyogramda ritim sinüzal, kalp hızı 80/dk düzenli ortalama QRS aksı normal. D₂, D₃ ve aVF'de 2 mV ST depresyonu, V₅₋₆ prekordiyal derivasyonlarında 1 mV ST depresyonu ve bifazik T dalgası dışında anormal bulgu yok. Postero-anterior teleradyogram ve M-Mode ekokardiyografi normal.

Hastada yeni başlayan angina pectoris (Anstabil angina pectoris) tanış konularak koroner angiografi planlandı. Femoral yaklaşımla sol kalp kateterizasyonu ve koroner angiografi yapıldı. Sol ventrikül fonksiyonlarını normal saptadık. Sağ koroner ostiyuma girilemedi. Yapılan aort kökü angiografisinde sağ sinüs Valsalvadan sağ koroner arter çıkışı görülemedi (Şekil 1). Değişik 6 pozisyonda yapılan sol koroner angiografilerde kalbin tek bir koroner arterden kanlandığını saptadık (Şekil 2,3). Bu tek koroner arterden normal anatomik seyirli left anterior descending (LAD) arter ve circumflex (Cx) arterin çıktığı, circumflex arter çıkışının hemen proksimalinden çıkan bir koroner arter dalının sağ koroner arter seyrine uyduğu görüldü. Ana koroner arter yaklaşık 3 cm uzunluğunda ve normal anatomik yapıdaydı. LAD'de birinci diyagonal daldan sonra %80, Cx'in birinci obtus margininde %70 ve Cx orta kısmında %70 darlık mevcuttu.

TARTIŞMA

Koroner arterlerin kongenital anomalileri 3 kategoride incelenebilir;

1. Minör anomaliler; aortadan orijinleri farklı fakat distal sirkülasyonları normal olanlar.

2. Major anomaliler; koroner arterlerle kardiyak boşluklar arasında anormal bağlantıların olması veya major koroner arterlerin pulmoner arter orijinli olması.

3. Sekonder anomaliler; primer kardiyak defektlerle birlikte görülen koroner arter anomalileri (1).

Tek koroner arter anomalisi bu sınıflamada minör anomaliler arasında sayılır.

Ogden'in 244 vakalık geniş bir koroner arter anomalisi serisinde, minör koroner arter anomalili 63 vakanın 10'unda bir koroner ostium yokluğu ile birlikte karşı aortik koroner sinüste multipl ostium saptandığını bildirmiştir (1). Sharbaugh ve White 1974'de 5 tek koroner arter vakası rapor ettiler (2). Bu 5 vakanın 3'ünde sağ koroner ostiyum saptanmamış ve tüm kalbi sol koroner arterin beslediği görülmüştür. 2 vakadan birinde sol koroner arter yokluğu, diğerinde ise anormal çıkışlı ve distal dağılımı oldukça farklı tek bir koroner arter tesbit etmişlerdir. Smith ve Fisher 1987'de sol koroner arterin kongenital yokluğu ve kalbin tek bir sağ koroner arterden beslendiği bir vaka rapor etmişlerdir (3). Milo ve arkadaşları 1988de subaortik stenozis (Discrete subaortik stenosis) küçük bir sol aortik sinüsten orijinli tek koroner arter, rudimenter sol aortik kapak ve kongenital aortik regürjitasyon kompleksi olan 4 vaka tesbit etmişlerdir (4).

Biz kliniğimizde Ocak 1986 - Haziran 1989 yılları arasında yaptığımız 500 koroner angiografide bir vakada (%0,2) bu anomalii saptadık. Vakamızda koroner arter dallarının ikisinde önemli derecede arterosklerotik lezyon saptadık.

Bu tür koroner arter anomalileri birlikte bulunan diğer kardiyak defektlerin düzeltilmesinde yada bypass gerektiğinde klinik olarak önemli olmaktadır.

Nadiren çocukluk çağında veya genç adultlarda ani ölüme neden olmaktadır (5).

KAYNAKLAR

1. Ogden JA: Congenital anomalies of the coronary arteries. Am J Cardiol 25:474-479, 1970.
2. Shabaugh AH, White RS: Single coronary artery: Analysis of anatomic variation clinic importance and report of five cases. JAMA 230: 243-246, 1974.
3. Smith FR, Fisher P: Congenital absence of the left coronary artery. ArnSurg 53: 664-666, 1987.
4. Milo S, Rogun N, Abinader EG, Shem-Tov A, Birjiniuk V: Complex of discrete subaortic stenosis, single coronary artery arising from a small left aortic sinus, a rudimentary low-seated left aortic cusp and a congenital aortic regurgitation. Am J Cardiol 61:479-80, 1988.
5. Chaitman BR, Lesperance J, Satiel J, Bourassa MG: Clinical angiographic and hemodynamic findings in patients with anomalous origin of coronary arteries. Circulation 53: 115-122, 1976.