

Koroner Ektazi, Koroner Kas Bandı ve Ciddi Mitral Stenoz Birlikteliği Coronary Ectasia, Coronary Muscular Bridge and Severe Mitral Stenosis

Tayyar Ş¹ Özaydın M¹ Türker Y² Özgül M³

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji, Isparta, Türkiye

²Gülkent Devlet Hastanesi, Kardiyoloji, Isparta, Türkiye

³Medical Park Van Hastanesi , Kardiyoloji, Van , Türkiye

Özet

Koroner arter ektazisi (KAE), koroner arterin bir segmentinde komşu normal koroner arter segmentine göre en az 1.5 kat genişleme olarak tanımlanmaktadır. Koroner arterler ve onların ana dalları genellikle subepikardiyal lokalizasyonda bulunurlar. Ancak bazı kişilerde kalp kası demetleri bu damarların üstünden bir köprü gibi geçmektedir. Bu görünüm miyokardiyal ya da koroner kas bandı olarak isimlendirilmektedir. Akut romatizmal ateş (ARA) ve sonuçları, gelişmekte olan ülkelerde kalp kapak hastalıklarının en önemli nedeni olmasına rağmen günümüzde bu durum oldukça nadiren görülmektedir. Semptomlar orta dereceden fazlaysa ya da asemptomatik hastalarda pulmoner hipertansiyon meydana gelmişse mitral stenozun mekanik olarak giderilmesi endikedir. Bu üç klinik durumun da birlikte olduğu bir hastayı sunmak istedik.

Anahtar Sözcükler: Koroner arter ektazisi, koroner kas bandı, mitral stenoz.

Summary

Coronary artery ectasia (CAE) is defined as the dilatation of a segment of a coronary artery at least 1.5 times the adjacent segment. Coronary arteries and their major branches are usually located subepicardially. Some individuals, however, have regions in which a bunch of cardiac muscle fiber over those vessels like a bridge. This structure, called myocardial or coronary arterial bridge. Although rheumatic fever (RF) and its consequences were the major cause of valvular heart disease in the developing countries, this disease has become exceedingly rare today. Once more than mild symptoms exist or once asymptomatic pulmonary hypertension occurs, mechanical relief of mitral stenosis is indicated. We want to present a patient who has had this three clinical situations together.

Key Words: Coronary artery ectasia, coronary muscular bridge, mitral stenosis.

Giriş

Koroner arter ektazisi (KAE) en az bir koroner arterde komşu normal koroner arter segmentine göre 1.5 kat veya daha fazla genişleme olarak tanımlanmaktadır (1). Sağ koroner arterin proksimal ve orta segmentleri KAE'nin en sık görüldüğü yerlerdir. Bunu sol ön inen arter ve sirkumfleks arter izler. Ana koroner arterde ektazi oldukça nadirdir (1, 2-4). Hastaların %20'sinde her üç koroner arterde de KAE görülebilmektedir (5).

Koroner arterler ve onların ana dalları genelde subepikardiyal lokalizasyonda bulunurlar. Ancak bazı kişilerde kalp kası demetleri bu damarların üstünden bir köprü gibi geçmekte ve bu durum miyokardiyal ya da koroner kas bandı olarak isimlendirilmektedir. Bu kas yapıları her sistolde koroner damarlarda anlamlı olarak daralma oluşturabilmektedir. Bu durumun anjiyografik çalışmalarda prevalansı %0.3 ile %33 arasında değişmektedir (6). Hastaların çoğu asemptomatik olmakla birlikte nadiren iskemik bulgu ve semptomlar ortaya çıkabilmektedir (7).

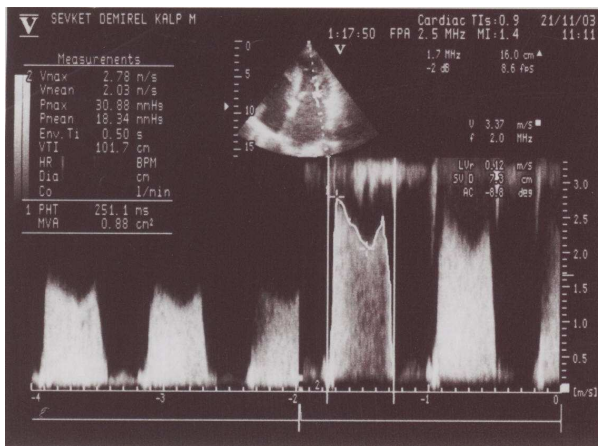
Mitral stenozun gelişmiş ülkelerde sıklığı Akut romatizmal ateş (ARA) gelişme sıklığı ile paralel olarak azalmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde hala

Yazışma Adresi : Şenol TAYYAR
Süleyman DEMİREL Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İSPARTA
Makalenin Geliş Tarihi:24.02.2009; Kabul Tarihi:12.06.2009

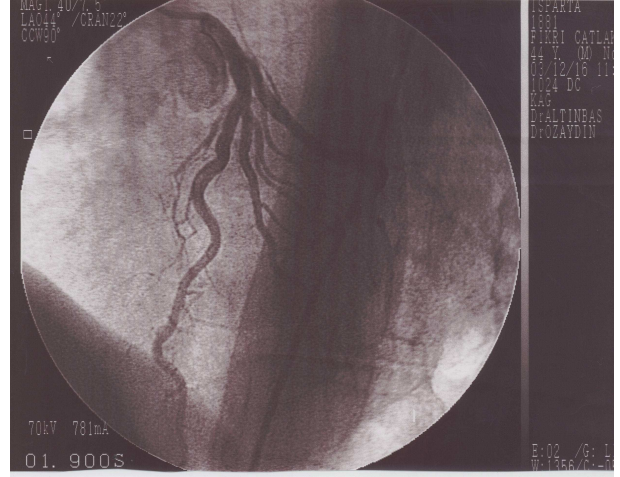
endemik olarak izlenmektedir (8). Hastalığın en sık olarak diğer valvüler hastalıklarla birlikte görüldüğü bilinir ve diğer kardiyovasküler patolojilerle birlikteliği nadirdir. Bu yazıda bildiğimiz kadarıyla daha önce literatürde hiç bildirilmeyen üç koroner damarda ektazi, sol ön inen arterde kas bandı, ciddi mitral darlığı ile prezente olan bir olgu sunumu yapılmıştır.

Olgu

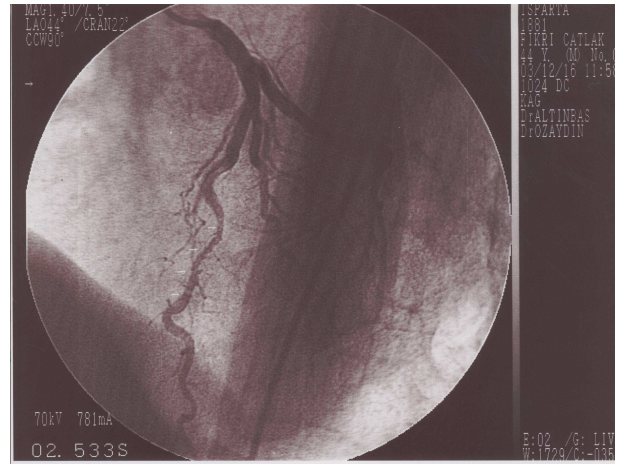
Üç aydır nefes darlığı yakınması olan 44 yaşındaki erkek hasta merkezimize başvurdu. Hasta, yakınmalarının ilk kez 1.5 yıl önce başladığını, giderek artış gösterdiğini ve 2 kat merdiveni rahat çıkabildiğini ifade etti. Özgeçmişinde ve soy geçişinde ek özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde kan basıncı 95/70 mmHg, nabızı 100/dk ve ritmik olarak saptandı. Kardiyak oskültasyonda diastolik rülman, S1 sertleşmesi ve mitral açılma sesi (opening snap) saptandı. Akciğer ya da periferik konjesyona ait bulgular yoktu. Elektrokardiyografisinde normal sinüs ritmi izlenmekteydi. Yapılan ekokardiyografide ciddi mitral darlığı (mitral kapak alanı 0.9 cm²) saptandı. Kapaktaki maksimal gradient 31 mmHg, ortalama gradient 18 mm Hg olarak ölçüldü (Resim 1). Wilkins yöntemiyle hesaplanan mitral kapak EKO skoru 12 idi. Hastaya ciddi mitral darlığı nedeniyle koroner anjiyografi ve sağ kalp kateterizasyonu planlandı. Yapılan koroner anjiyografide sol ana koroner arter, sol ön inen koroner arter, sirkumfleks arter (Resim 2) ve sağ koroner arterin ektatik olduğu ve sol ön inen koroner arter distalinde sistolde %40 daralma yapan kas bandı olduğu (Resim 3) izlendi. Yapılan sağ kalp kateterizasyonunda geri dönüşümlü pulmoner hipertansiyon saptandı (ortalama pulmoner arter basıncı 85 mm Hg, O₂ ve 300 µgr perlinganit sonrası ortalama pulmoner arter basıncı 50 mm Hg). Mitral kapak cerrahisi kararı alınan hasta kalp ve damar cerrahi kliniğine yönlendirildi.



Resim 1: Mitral kapağın doppler EKO görüntüsü.



Resim 2: Koroner anjiyografide koroner ektazi gösteren diastolik görüntü.



Resim 3: Koroner anjiyografide koroner kas bandını (oklar) gösteren görüntü.

Tartışma

KAE etiolojisinde %50 oranında aterosklerozun, %20-30 oranında doğumsal KAE'in ve %10-20 kadar hastada da inflamatuvar ya da bağ dokusu hastalıklarının var olduğu bilinmektedir (9). KAE hastalarının tedavisinde trombüs oluşumu ve mikroembolilere bağlanan iskemik sendromları önlemek için trombosit inhibitörleri kullanılır (10). Özellikle iskeminin eşlik ettiği hastalarda beta blokerlerin kullanılması önerilmektedir (11).

Nadiren iskemik bulgu ve semptomlar ortaya çıkarabilen koroner kas bandı ender bir klinik durumdur (8). Koroner kas bandı; trombüs formasyonu, vazospazm, endotel disfonksiyonu ve azalmış koroner akım rezervi oluşturarak miyokard iskemisine neden olabilmektedir

(12). Koroner kas bandı hastalığının tedavisinde de KAE gibi antisikemik ve antiagregan tedavi uygulanmaktadır. Biz de hastamıza KAE ve koroner kas bandının birlikte bulunması nedeniyle antiiskemik ajan olarak beta bloker ve antiagregan olarak asetil salisilik asit başladık. Ciddi mitral darlığı olması, eko skorunun yüksek olması ve sağ kalp kateterizasyonunda geri dönüşümlü pulmoner

hipertansiyon bulunması nedeniyle hastayı mitral kapak cerrahisi için kalp damar cerrahisi kliniğine yönlendirdik.

Ülkemizde romatizmal ateş ve sonrasında çok sık karşılaşılan romatizmal mitral darlığı ile bu iki klinik durumun (KAE ve koroner kas bandı) aynı hastada görülmesinin ilginç olması ve daha önce literatürde bulunmaması nedeniyle bu hastayı paylaşmak istedik.

Kaynaklar

1. Hartnell GG, Parnell BM, Pridie RB. Coronary artery ectasia: Its prevalence and clinical significance in 4993 patients. *Br Heart J* 1985;54:392-395.
2. Sharma SN, Kaul U, Sharma S, et. al. Coronary arteriographic profile in young and old Indian patients with ischaemic heart disease: a comparative study. *Indian Heart J* 1990;42:365-369.
3. Demopoulos VP, Olympios CD, Fakiolas CN, Pissimissis EG, Economides NM, Adamopoulou E, et al. The natural history of aneurysmal coronary artery disease. *Heart* 1997;78:136-141.
4. Rath S, Har-Zahav Y, Battler A, Agranat O, Rotstein Z, Rabinowitz B, et al. Rate of nonobstructive aneurysmatic coronary artery disease; angiographic and clinical follow up report. *Am Heart J* 1985;109:785-791.
5. CSP Lam, KT Ho. Coronary Artery Ectasia: A Ten Year Experience in a Tertiary Hospital in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:419-422.
6. Irvin RG. The angiographic prevalence of myocardial bridging in man. *Chest*. 1982; 81: 198-202
7. Ferreria AG Jr, Trotter SE, Konig B Jr, Decourt LV, Fox K, Olsen EG. Myocardial bridges: morphological and functional aspects. *Br Heart* 1991; 66: 364-367.
8. Bonow RO, Carabello B, de Leon AC Jr, et. al. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 1998; 98: 1949-1984
9. Befeler B, Embi A, Mullin FL, Aranda MJ, El-Sherif N, Larazza R. Coronary Artery Aneurysms. Study of the etiology, clinical course and the effect on left ventricular function and prognosis. *Am J Med* 1977; 62:597-607.
10. Perlman PA, Ridgeway NA. Thrombosis and anticoagulation therapy in coronary ectasia. *Clin Cardiol* 1989;12: 541-542.
11. Turkmen M, Bitigen A, Esen AM. Koroner Arter Ektazileri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006; 26:68-72.
12. Roul G, Sens P, Germain P, Bareiss P. Myocardial bridging as a cause of acute transient left heart dysfunction. *Chest* 1999; 116:574-580.