

TIP 1 ÇİFT SOL ÖN İNEN KORONER ARTER ANOMALİSİ: CERRAHİ REVASKÜLARİZASYON

TIP 1 DUAL LEFT ANTERIOR DESCENDING CORONARY ARTERY ANOMALY: SURGICAL REVASCULARIZATION

*Elif COŞKUN¹, Mustafa BÜYÜKATEŞ¹

1- Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp damar Cerrahisi Anabilim Dalı Esenköy, Kozlu, Zonguldak, TÜRKİYE

*İletişim/Correspondence: Yrd Doç Dr Elif COŞKUN Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp damar Cerrahisi

Anabilim Dalı Esenköy, Kozlu, Zonguldak, TÜRKİYE e mail: drelfco@gmail.com

ÖZET: Göğüs ağrısı nedeni ile hastanemiz acil servisine başvuran 60 yaşındaki erkek hastaya yapılan tahlil ve tetkikler neticesinde akut koroner sendrom tespit edildi. Koroner anjiyografide çift (dual) sol ön inen arter (SÖİA) ve ikiye ayrılma öncesi arterde kritik lezyon olduğu gözlemlendi. SÖİA'nın kısa seyir sonrasında ikiye ayrılarak her iki arterinde apexe uzandığı görüldü. Spindola-Franco ve meslektaşlarına göre(1), normal kalplerde çift (dual) SÖİA insidansı yaklaşık %1 civarında nadir rastlanan bu anomaliye sahip olgumuzdaki deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Koroner Damar Anomalileri, Koroner Anjiyografi, Cerrahi Revaskülarizasyon

ABSTRACT: A 60-year-old man presenting to our hospital's emergency department with chest pain was diagnosed with acute coronary syndrome after performance of specific examinations and tests. In coronary angiography he had dual left anterior descending artery (LAD) that had a critical lesion before its bifurcation. LAD was bifurcating after a short course, after which both branches were reaching apex. Herein, we aimed to report our experience in a case with dual LAD that was reported by Spindola-Franco et al (1) to be a rare anomaly in normal hearts, with an incidence of approximately 1%.

Keywords: Coronary vessel anomalies, coronary angiography, surgical revascularization

GİRİŞ: Koroner arter anomalileri sayısı, kökeni, seyri ve arterlerin sonlanma noktası bakımından sınıflandırılmaktadır. Genel popülasyonda nadiren rastlanmaktadır. Koroner arter hastalığı olan cerrahi revaskülarizasyon ve/ve ya koroner anjiyoplastiye giden hastalarda bu anomalilerin anatomik varyantlarını akılda tutmak oldukça önem kazanır.

OLGU SUNUMU: 60 yaşındaki erkek hasta göğüs ağrısı nedeni ile hastanemiz kardiyoloji bölümüne başvurdu. Akut koroner sendrom nedeniyle hospitalize edildi. Öğrenilen hastalıkları arasında ilaç kullanmasına rağmen kontrolsüz olduğu gözlenen esansiyel hipertansiyon ve gut artriti mevcuttu. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül apikalinde hipokinezi, sol ventrikül segmenter duvar hareket bozukluğu, hafif azalmış sol ventrikül sistolik fonksiyonları yanında septum kalınlığının 2,2 cm ve non obstrüktif hipertrofik kardiyomiyopati olduğu gözlemlendi. Koroner anjiyografide ise çift SÖİA'nın proksimal kısmında kritik lezyon, SÖİA kısa seyir sonrasında ikiye ayrılarak her iki arterinde apexe uzandığı görüldü(Resim-1). Ayrıca optus marginal (OM) ve diagonal (D1) arterlerde de kritik lezyon tespit edildi. Hastaya koroner arter baypas cerrahisi kararı alındı. Operasyon hazırlığı tamamlanan hastada median sternotomi ve aorta-atriyal kanülasyon sağlanarak OM-safen ven, D1-safen ven ile baypaslandı. Çift SÖİA, interventriküler sulkusta kısa seyir sonrasında ikiye ayrılıyordu(Resim-2). SÖİA'nın cılız olan dalı (SÖİA-2) safen ven ile, kalibrasyonu daha iyi olan dalı (SÖİA-1) ise sol iç meme arteri (LIMA; Left Internal Mammary Artery) ile baypaslandı. Postoperatif 7.günde hasta sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA: Koroner arter anomalilerinin çoğu asemptomatiktir ve herhangi bir komplikasyona neden olmaz. Bazı koroner arter anomalileri, özellikle anormal kökenli ektopik koroner arterler ve koroner fistüller klinik sendromlara neden olabilir(2).

Normal anatomide SÖİA, sol ana koroner arterden kaynaklanır, kalp apeksi yönünde ön interventriküler oluk (anterior interventriküler sulkus; AIS) içinde seyrederek diagonal ve septal dallar verir. Septal dallar interventriküler septuma uzarken, diagonal dallar da sol ventrikül (LV) öndüvarına (LV diagonal) ve arasına sağ ventrikül (RV) öndüvarına (RV diagonal) uzar(1).

Çift SÖİA anomalisinde, genellikle ve sıklıkla distal AIS sonlanan uzun SÖİA (AIS dışında proksimal gözlenir) ve proksimal AIS de sonlanan kısa SÖİA belirtilmektedir ve AIS'de SÖİA'nın iki farklı segmentinin varlığı ile karakterizedir.

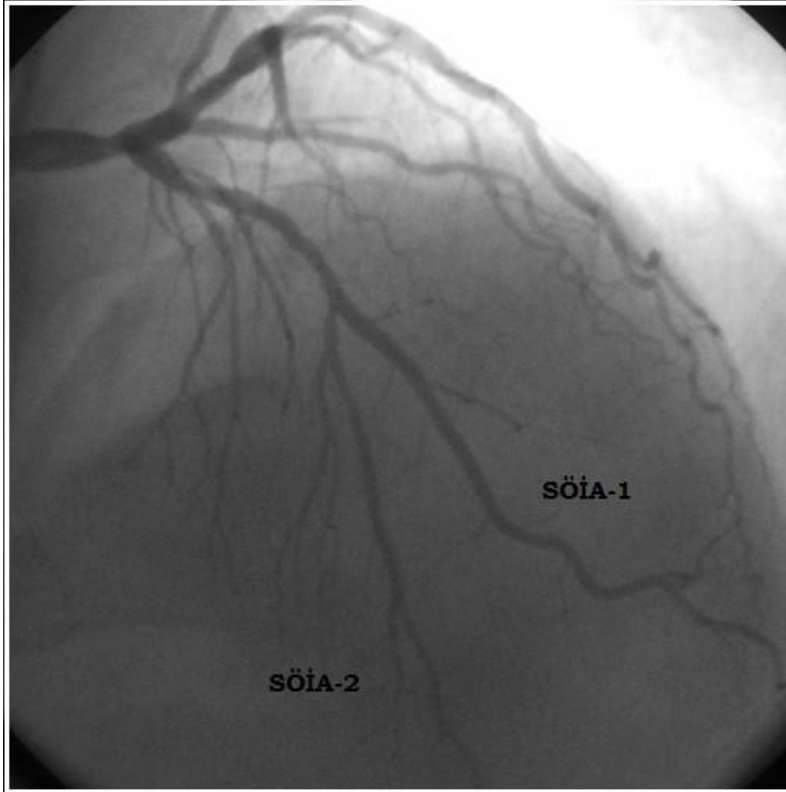
Çift SÖİA anomalilerin sınıflandırılmasında koroner anjiyografi esas alınarak yapılan ilk çalışma Spindola-Franco ve arkadaşları tarafından 1983 yılında yayınlandı(1), halen klasik sınıflandırma sistemi olarak kullanılmaktadır. Konvansiyonel koroner anjiyografi ile 23 çift SÖİA varyasyonlarını kapsayan en geniş olgu serisini bildirdiler(1) ve 4 ana tip tanımladılar. Manchanda ve ark.nın tanımladığı(3) tip 5 SÖİA ile; Maroney ve ark.nın tanımladığı(4) tip 6 SÖİA bu anomalinin yaygın türleri olmamasına karşın olgu sunumu olarak literatürde bulunmaktadır. Yine geniş çaplı ve güncel bir başka seride(5) bilinen önceki tüm tipleri içermeyen 3 yeni tip tanımlanarak tiplerin çeşitliliği hakkında bilgiler bulunmaktadır.

Klasik sınıflamanın yapıldığı(1) ve güncel geniş çaplı çalışmada(5) da mevcut literatüre paralel olarak Tip 1 çift SÖİA, çift SÖİA'nın en sık görülen tiptiydi. Olgumuzda çift arterlerin kökeni ve seyri dikkate alındığında çift SÖİA anomalisi tip 1'e benzemektedir. Damarların uzunluğu hemen hemen aynıydı ve apekse ulaşınca kadar birbirine paralel bir seyir takip etmekteydi. Proksimal SÖİA'deki segmental kritik lezyon her iki arterin beslenmesini bozabilecek bir tehdit olduğundan her iki artere de baypas greftleme yapılarak revaskülarizasyon sağlandı.

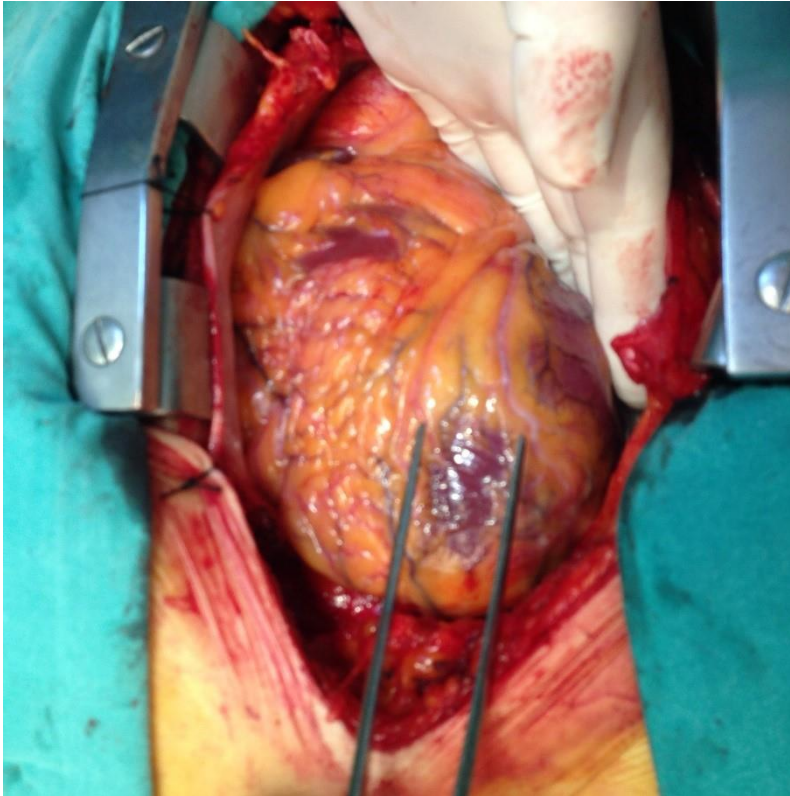
SONUÇ:

Geniş çaplı çalışmalar ile farkındalığın artırılması, koroner anjiyoplasti ve/veya cerrahi revaskülarizasyona giden koroner arter hastalarında kardiyologlar ile cerrahların nadir gözlenen bu koroner anomaliyi ve alttiplerini bilmesi, akılda tutması ve uyumlu işbirliği ile ancak hasta sağkalımının artırılabilmesine inanmaktayız.

*Tip 1 çift sol ön inen koroner arter anomalisi: cerrahi revaskülarizasyon,
Tip 1 dual left anterior descending coronary artery anomaly: surgical revascularization, Coşkun, Büyükkates*



Resim-1: Koroner anjiyografide çift SÖİA'nın ikiye ayrılarak her iki dalının da apexe uzanan görüntüsü



Resim-2: Çift SÖİA'nın intraoperatif görünümü

REFERANSLAR:

1. Spindola-Franco H, Grose R, Solomon N. Dual left anterior descending coronary artery: angiographic description of important variants and surgical implications. *Am Heart J* 1983;105:445–455.
2. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1990;21:28-40.
3. Manchanda A, Qureshi A, Brofferio A, Go D, Shirani J. Novel variant of dual left anterior descending coronary artery. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2010; 4:139–141.
4. Maroney J, Klein LW. Report of a new anomaly of the left anterior descending artery: type VI dual LAD. *Catheter Cardiovasc Interv* 2012; 80:626–629.
5. Bozlar U, Uğurel M.Ş, Sarı S, Akgün V, Örs F, Taşar M. Prevalence of dual left anterior descending artery variations in CT angiography. *Diagn Interv Radiol* 2015; 21:34–41.