

İnterarteriyel seyirli anormal koroner arter hastaları ne zaman ameliyat edilmeli ve hangi cerrahi teknik kullanılmalıdır?

Which cases with interarterial cruising abnormal coronary artery need surgery and which surgical technique should be used?

Engin Karakuş,¹ Muhammet Akyüz,² Onur Işık²

Araştırma yapılan kurum:
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

Yazar adresleri:

¹Batman Bölge Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kliniği, Batman, Türkiye

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi / Çocuk Kalp Cerrahisi Kliniği, İzmir, Türkiye

Yanlış koroner sinüsten köken alarak ilerleyen koroner arter nadir rastlanan ve tanı konulan bir anomalidir. Bu anomalilerden ani ölüm riski taşıyan tiplerinin diğer seyir anomalilerinden ayırt edilmesi önem arz eder. Ani ölüm riski taşıyan anomaliler aort ve pulmoner arter arasından seyir gösteren, aort içerisinde intramural seyir gösteren, ostiyum darlıkları, ostiyumdan çıkış sonrası keskin açılanma gösteren anomalilerdir.^[1] Bu grup içerisinde yüksek riskli olarak tanımlanan anomaliler ise sol koroner sinüsten tek koroner kök olarak ayrılıp sağ koroner arterin interarteriyel seyirle anteriora yönlendiği olgular ile sağ koroner sinüsten tek koroner kök olarak ayrılıp sol koroner arterin interarteriyel seyir göstererek kalbin posteriyoruna yönlendiği hastalardır.^[1]

Koroner arter seyir anomalilerine kateter anjiyografi ile ve elektrokardiyografi tetiklemeli kontrastlı manyetik rezonans anjiyografi veya kontrastlı bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile tanı konulabilir. Bu görüntüleme teknikleriyle kesin tanı konulabilir ve gerektiğinde ameliyat planlaması yapılabilir.

Yüksek riskli olarak kabul gören anomali (tek koroner kök ve interarteriyel seyir varlığı) tanısı konduğunda cerrahi girişim endikasyonunda hemfikir olunmasına rağmen hangi tekniğin kullanılacağı konusunda net bir görüş birliği yoktur. İlk eğilim internal torasik arter ve safen venleri kullanılarak risk altında olduğu düşünülen

tüm koroner dallara baypas ameliyatı yapılması olmuştur.^[2] Ancak baypas için seçilen hedef damarlar darlıktan uzak ve genellikle normal akım paternine sahiptir. Bu koroner arterlere baypas ameliyatı yapılması durumunda yarışmalı akıma neden olunarak greft ömrü beklenenden kısa olacaktır. Yarışmalı akımın önüne geçmek adına anormal seyirli koroner arterin ligasyonu sonrası baypas yapılması tartışılmışsa da bu durumda koroner kan akımı tamamen yapılan greftlere bağımlı kalacak ve baypas ilişkili herhangi bir komplikasyonun sonucu beklenenden ağır olabilecektir. Ek olarak çocukluk çağında venlerin maturasyonunu tamamlamamış olması da arteriyel sistem üzerinde kullanılmaları durumunda gelişebilecek komplikasyonlara neden olmaktadır. Cerrahi deneyimin artmasıyla birlikte koroner translokasyon ameliyatlarının bu anomalinin tedavisinde kullanılması uygun görülmüştür.^[2] Bu tekniğin uygulanabilmesi için anormal seyirli koroner arterin ayrı bir kök olarak aortik sinüsten çıkması gereklidir. Aynı kökten ayrıldığında translokasyon yapılması amacıyla koroner buton hazırlanması esnasında her iki koroner sistem de tehlikeye girebilir. Bu nedenle tek koroner kökten kaynaklanan anormal seyirlerde translokasyon (buton olarak ayrılması ve sonra uygun aortik sinüse re-anastamoz) uygun olmayabilir. Rodefeld ve ark.^[3] interarteriyel seyirli koroner arterin cerrahi tedavisinde koroner arter sistemine müdahale yerine ana pulmoner arterin yana kaydırılarak interarteriyel alanda seyreden arterin rahatlatılması



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2017.14277
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 21 Aralık 2016 *Kabul tarihi:* 15 Ocak 2017

Yazışma adresi: Dr. Engin Karakuş, Batman Bölge Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kliniği, 72070 Batman, Türkiye.

Tel: 0488 - 221 07 05 *e-posta:* karakus.engin@hotmail.com

©2017 Telif hakkı, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği'ne aittir.

fikrini öne sürmüşlerdir. Bu ameliyata pulmoner arterin lateral translokasyonu adını vermişlerdir. Rodefeld ve ark.nın^[3] bu yayınından sonra pulmoner arterin anterior translokasyonu fikri de öne sürülmüştür.^[4] Bu tekniklerle müdahalede hastaların semptomlarının gerilediği ve cerrahi tekniğe bağlı morbidite ve mortalite oranlarının düşük olduğu savunulmaktadır. Ayrıca koroner sisteme bir müdahale yapılmadığından hastaya koroner artere yönelik bir girişim yapılması gerektiğinde yapılacak müdahalenin daha kolay olacağını düşünmekteyiz. Fakat anomalinin nadir görülmesi ve tanı konulmasıyla ilişkili olarak tekniğin uygulandığı hasta sayısı kısıtlıdır ve geç dönem sonuçları henüz yoktur.

Bu hasta grubunda müdahalenin gerekliliği aşikar olmasına rağmen cerrahi tedavide hastanın anatomisi iyi değerlendirilmeli ve cerrahi teknik titizlikle seçilmelidir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Davis JA, Cecchin F, Jones TK, Portman MA. Major coronary artery anomalies in a pediatric population: incidence and clinical importance. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:593-7.
2. Duke C, Rosenthal E, Simpson JM. Myocardial infarction in infancy caused by compression of an anomalous left coronary artery arising from the right coronary artery. *Cardiol Young* 2004;14:654-7.
3. Rodefeld MD, Culbertson CB, Rosenfeld HM, Hanley FL, Thompson LD. Pulmonary artery translocation: a surgical option for complex anomalous coronary artery anatomy. *Ann Thorac Surg* 2001;72:2150-2.
4. Gulati R, Reddy VM, Culbertson C, Helton G, Suleman S, Reinhartz O, et al. Surgical management of coronary artery arising from the wrong coronary sinus, using standard and novel approaches. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007;134:1171-8.