

## OLGU 2

# Kalsifik Koroner Arter Darlığında Rotasyonel Aterektomi Kullanımı ve IVUS Kılavuzluğu

Aykun HAKGÖR<sup>1</sup>

### Olgu Sunumu

Bilinen koroner arter hastalığı öyküsü olmayan 73 yaşındaki erkek hasta, son birkaç aydır artan göğüs ağrısı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın eşlik eden kronik hipertansiyon ve hiperlipidemi tanıları mevcuttu. Güncel medikal tedavisi asetilsalisilik asit 100 mg 1x1, metoprolol süksinat 50 mg 1x1, amlodipin 10 mg 1x1 ve atorvastatin 20 mg 1x1 şeklindeydi. Hastanın sıkışma tarzında, sternum üzerinde başlayıp, sol kola yayılan, eforla artan ve 10 dakikalık bir istirahat ile tamamen düzelen bir göğüs ağrısı mevcuttu. Hastanın elektrokardiyografisi normal sinüs ritminde olup, ek bir bulgu saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60, 2. derece mitral yetersizliği ve hafif aort yetersizliği gözlemlendi. Hastaya koroner iskemi araştırılması için çekilen miyokard perfüzyon sintigrafisinde apeks, anterior ve lateral duvarlarda >%10 iskemi saptanması üzerine hastaya koroner anjiyografi yapılmasına karar verildi. Hastanın rutin kan parametreleri normal saptandı.

### Klinik Değerlendirme, Tanı ve Tedavi Yönetimi

Hastaya sağ femoral arterden uygulanan selektif koroner anjiyografide; sol ana koroner arter (LMCA) distalinden %70 düzeyinde başlayan ve sol ön inen arter (LAD) mid bölgesine kadar uzanan, en dar yerinde %90 darlık ile uyumlu yoğun kalsifik lezyon, circumfleks arter (CX) ostiumunda %90 düzeyinde ve sağ koroner arter (RCA) proksimal ve mid bölgesinde %80 darlık oluşturan lezyonlar saptandı (Şekil 1A, 1B, 1C, Video-1,2,3). LAD'deki yoğun kalsifik lezyon sebebiyle rotasyonel aterektomi (RA) eşliğinde girişim yapılmasına ve bu kompleks işlemin intravasküler ultrason (IVUS) ile optimize edilmesine karar verildi.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi, aykunhakgor@gmail.com

**Tablo 2. Rotasyonel aterektomi komplikasyonları ve bunların yönetimi**

<b>Komplikasyon</b>	<b>Kaçınmak için uygun teknik</b>	<b>Çözüm stratejisi</b>
Yavaş akım	Küçük çapta burrlar ile yavaş hızda aterektomi yapılması. İntervaller arasındaki bekleme süresinin uzatılması	Kan basıncı optimize edilmeli İntrakoroner nitrat, adenozin veya verapamil uygulanması Yıkama kokteylinin kullanılması
Diseksiyon	Aşırı koroner tortuosite içeren vakalarda seçici davranılması	Akımı sınırlayan ciddi diseksiyon durumunda aterektominin sonlandırılması ve uygun şekilde stent implante edilmesi
Burr sıkışması	Hızlı ve keskin bir şekilde tipik gagalama hareketiyle deselerasyondan kaçınılarak aterektomi yapılması	Kateter şaftının kontrollü kuvvet uygulayarak ileri geri hareket ettirilmesi İkinci tel ile lezyon distaline geçilmesi ve üzerinden düşük profilli bir balon gönderilmesi Kontrollü derin kateter entübasyonu veya guideliner ile desteğin arttırılması Cerrahi tedavi
Perforasyon	Yüksek çapta burr kullanımından kaçınmak Uygun teknikle çalışmak Yüksek açılı bölgelerde dikkatli olmak	Acil perikardiyosentez yapılması ve greft stent yerleştirilmesi

## Kaynaklar

1. De Maria GL, Scarsini R, Banning AP. Management of Calcific Coronary Artery Lesions. JACC Cardiovasc Interv. 2019;12:1465-1478.
2. Barbato E, Carrie D, Dardas P, et al. European expert consensus on rotational atherectomy. Eurointervention. 2015; 11:30-6.
3. Abdel-Wahab M, Toelg R, Byrne R, et al. High speed rotational atherectomy versus modified balloons prior to drug-eluting stent implantation in severely calcified coronary lesions. Circ Cardiovasc Interv. 2018;11:e007415.