

# Akut Koroner Sendromlar ve Koroner Ektazi

Sedat KALKAN<sup>1</sup>

## Giriş

Koroner ektazi, koroner damarlardaki komşu normal koroner segmente göre en az 1.5 katı ve üzeri anormal genişlemeyi tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Uzun yıllar önce tanımlanmış olmasına karşın pek çok yönden hala aydınlatılmaya muhtaç olan bir klinik durumdur. 'Koroner ektazi' ve 'Koroner anevrizma' tabirleri uzun süredir eş anlamlı olarak kullanılmış olmasına rağmen lezyonun fokal ya da tüm damarı içeren diffüz yapıda olmasına göre sınıflandırılması önerilmektedir. <sup>(1,2)</sup> Bu kritere göre, koroner anevrizma fokal lezyon tanımlamaları için, koroner ektazi ise daha diffüz lezyonlar için kullanılmaktadır.

Koroner ektazi sıklığı çeşitli serilerde % 1.2 ve % 7 aralığında saptanmış olmasına rağmen<sup>(3)</sup>, güncel çalışmalarda gerçek sıklığı %1'in altındadır.<sup>(4-5)</sup> Erkeklerde daha sık görülür ve en çok sağ koroner arter etkilenirken (%40), en az sol ana koroner arterde gözlenir. <sup>(6)</sup> Ateroskleroz ve vaskülit nedeniyle ortaya çıkan anevrizma genellikle birden fazla koroner arteri etkilerken, iatrojenik ve konjenital anevrizmalar tipik olarak tek damarda gözlenir. <sup>(1)</sup>

Patogenezi net olarak aydınlatılamamış olsa da, etyolojide genetik yatkınlık (konjenital anevrizma), ateroskleroz, vaskülit ve konnektif doku hastalıkları (Kawasaki, Marfan), girişimsel koroner işlemlere bağlı lokal duvar hasarı ve enfeksiyonlar suçlanmaktadır.

Koroner ektazilerin pek çoğu semptomsuz seyrederek ve koroner anjiyografi ya da BT anjiyografi sırasında tesadüfen saptanır. Bununla birlikte eşlik eden aterosklerotik kalp hastalığı ile birlikte efor anginasına yol açması, geniş anevrizmalarda lokal trombüse bağlı distal embolizasyon ve MI (miyokart infarktüsü), masif büyümeye bağlı komşu yapılara baskı yapması, mikrovasküler disfonksiyona bağlı miyokardiyal iskemi ve nadir de olsa anevrizma rüptürü ve kardiyak tamponad gibi nednelerle semptomatik hale gelebilir. <sup>(7-9)</sup>

Koroner anevrizma ve ektazi tanısında en sık kullanılan yöntem koroner anjiyografidir. Buna karşın segmental geri akım, antegrad doluşun gecikmesi ve kontrast stazı optimal görüntülemeyi engelleyebilir. <sup>(10)</sup> Bu tür vakalarda damar duvarının daha ayrıntılı değerlendirilmesine ve anevrizma/psödoanevrizma ayırımına olanak sağlayan IVUS kullanımı yol gösterici olabilir. IVUS ayrıca PCI planlanan hastalarda ektatik ve komşu segmentin yapısının ve boyutlarının ayrıntılı değerlendirmesi imkan tanır ve uygun stent boyutunun seçiminde yardımcı olabilir. Ayrıca anevrizmanın büyüklüğünü, trombüs derecesini ve kalsifikasyon yoğunluğunu, konvansiyonel anjiyografiye göre daha net göstermesi sebebi ile bu tür hastalarda Koroner BT anjiyografi kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.

## AKS ve Koroner Ektazi

Koroner anevrizmaların doğal seyri hakkında mevcut bilgilerimiz sınırlıdır. Asemptomatik

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Pendik Devlet Hastanesi, drsedatkalkan@gmail.com

stentler, koroner 'guiding' kateter ya da introducer kılıflarla taşındığı için komplikasyon (perforasyon, diseksiyon, stent migrasyonu) riski artar. AMI tedavisinde artmış trombüs yükü yüksek olay riski ile ilişkilidir. Anevrizmal veya ektatik enfarktüs ile ilişkili damarların tedavisinde reolitik trombektominin kullanımı hakkında sınırlı veriye rağmen, venöz greftlerde veya masif trombozu olan doğal koroner damarda PCI uygulanan hastalarda embolizasyonu azaltarak randomize çalışmalarda etkinliğini ispatlayan AngioJet cihazının, birkaç vaka serisinde koroner arter ektazisi olan hastalarda da etkin olduğu belirtilmiştir.<sup>(1,17)</sup>

## Cerrahi Tedavi

Anevrizma ligasyonu, rezeksiyon, interpozisyon gibi teknikler kullanılmasına rağmen koroner ektazi tedavisinde optimal cerrahi yöntem, yeterli veri olmaması nedeniyle bilinmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** koroner ektazi, akut koroner sendrom, koroner anevrizma

## KAYNAKÇA

1. Kawsara A, Nunez-Gil IJ, Alqahtani F, et al. Management of Coronary Artery Aneurysms. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018; 11(13): 1211-23.
2. Luo Y, Tang J, Liu X, et al. Coronary artery aneurysm differs from coronary artery ectasia: angiographic characteristics and cardiovascular risk factor analysis in patients referred for coronary angiography. *Angiology* 2017;68:823-30.
3. Eitan A, Roguin A. Coronary artery ectasia: new insights into pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Coron Artery Dis.* 2016; 27(5):420-8. doi: 10.1097/MCA.0000000000000379.
4. Nunez-Gil IJ, Terol B, Feltes G, et al. Coronary aneurysms in the acute patient: incidence, characterization and long-term management results. *2018;19(5 Pt B):589-596.* doi: 10.1016/j.carrev.2017.12.003.
5. Iannopolo G, Ferlini M, Kozinski M, et al. Patient outcomes with STEMI caused by aneurysmal coronary artery disease and treated with primary PCI. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69:3006-7.
6. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. *Prog Cardiovasc Dis.* 1997;40:77-84.
7. Ramirez FD, Hibbert B, Simard T, et al. Natural history and management of aortocoronary saphenous vein graft aneurysms: a systematic review of published cases. *Circulation* 2012;126:2248-56.
8. Rath S, Har-Zahav Y, Battler A, et al. Fate of non-obstructive aneurysmatic coronary artery disease: angiographic and clinical follow-up report. *Am Heart J.* 1985;109:785-91.
9. Chrissoheris MP, Donohue TJ, Young RS, et al. Coronary artery aneurysms. *Cardiol Rev.* 2008;16:116-23.
10. Manginas A, Cokkinos DV. Coronary artery ectasia: imaging, functional assessment and clinical implications. *Eur Heart J.* 2006;27:1026-31.
11. Ielasi A, Anzuini A. Successful management of a huge thrombus in coronary aneurysmatic dilatation after failed mechanical thrombectomy during acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Med. (Hagerstown)* 2014;15(1):80-1. doi: 10.2459/JCM.0b013e32835852fa.
12. Lima B, Varma SK, Lowe JE. Nonsurgical management of left main coronary artery aneurysms: report of 2 cases and review of the literature. *Tex Heart Inst J.* 2006;33(3):376-9.
13. Doi T, Kataoka Y, Noguchi T, et al. Coronary artery ectasia predicts future cardiac events in patients with acute myocardial infarction. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2017;37:2350-5.
14. Gulec S, Aras O, Atmaca Y, et al. Deletion polymorphism of the angiotensin I converting enzyme gene is a potent risk factor for coronary artery ectasia. *Heart* 2003;89:213-4.
15. Kruger D, Stierle U, Herrmann G, et al. Exercise-induced myocardial ischemia in isolated coronary artery ectasias and aneurysms ("dilated coronopathy"). *J Am Coll Cardiol.* 1999;34:1461-70.
16. Bogana Shanmugam V, Psaltis PJ, et al. Outcomes after primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction caused by ectatic infarct related arteries. *Heart Lung Circ.* 2017;26:1059-68.
17. Giombolini C, Notaristefano S, Santucci S, et al. AngioJet thrombectomy for the treatment of coronary artery aneurysm after failed thrombolysis in acute myocardial infarction. *Heart Int.* 2006; 2:94.