

“Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi” Çaksen H ve ark., Erciyes Tıp Dergisi 20(4); 283-6:1998 hakkında.

Re: “Left coronary artery originating from the pulmonary artery as an abnormality” Çaksen et al., Erciyes Medical Journal 20(4);283-6:1998.

Sayın Editör;

Erciyes Tıp Dergisinin 20(4);283-6:1998 tarihinde yayınlanan Çaksen ve ark' nın “Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi” isimli olgu sunumlarıyla ilgili olarak eklemek istediğim görüşlerim aşağıdadır.

Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi, en önemli konjenital koroner arter anomalisi olup ilk kez 1886 yılında Brooks tarafından tanımlanmış ve 1908 yılında Abbott tarafından tartışılmıştır. Genellikle izole olarak görülmesine karşılık, Patent Duktus Arteriozus, Ventriküler Septal Defekt, Atrial Septal Defekt, Fallot Tetralojisi, Endokardial Yastık Defekti, Aort Koarktasyonu ve Turunkus Arteriozus gibi konjenital kalp hastalıkları ile beraber görülebilir (1).

Bu anomalide, fizyolojik olarak 4 dönem izlenir, dönemlere göre farklı klinik bulgular görülür. Birinci dönemde; pulmoner vasküler rezistans ve pulmoner arter basıncı yüksektir, bunun sonucu kan akımı pulmoner arterden koroner arter yönüne doğrudur. Yenidoğan dönemine denk düşen bu devrede myokard iskemisi beklenen bir bulgu değildir. İkinci dönemde pulmoner vasküler rezistans ve pulmoner arter basıncı düşeceği için kan akımı yönü koroner arterden pulmoner arter tarafına doğrudur. Süt çocukluğu dönemine denk düşen bu devrede myokard iskemisi beklenen bir bulgudur. Üçüncü veya adult dönemde koroner arterler arasında oluşan kollateraller nedeniyle myokard yeterince kan alacağı için myokard iskemisi bulguları belirgin değildir ve myokard fonksiyonları bozulmamıştır. Son dönemde sağ koroner arterden

çalınan kan yetersizleşir bunun sonucu myokard iskemisi, infarktüsü görülür ve fonksiyonu bozulur (2).

Erken infant döneminde takipne, dispne, çarpıntı, göğüs ağrısı benzeri şikayetler görülebilir ve şikayetler genellikle beslenmeyi takiben ortaya çıkarlar. Siyanoz iddia edildiği gibi beklenen bir bulgu değildir. Myokard iskemisi ve/veya infarktüsü sonucu oluşan dilate kardiyomyopatiye bağlı olarak sol ventrikül disfonksiyonu ve konjestif kalp yetersizliği gelişebilir. Bu durum Ekokardiyografi ile rahatlıkla tesbit edilebilir. Çalışmacılar konjestif kalp yetmezliği olduğunu belirttikleri bu olguda mutlaka yapılması gereken Ekokardiyografik incelemeyi yaptırmamakla hem kardiyak patolojinin hangi boyutta olduğunu değerlendirememişler hem de yine bu yöntemle primer patolojinin saptanabilmesi şansını kaçırmışlardır. Bu anomali, çalışmacıların da belirttikleri gibi tanısı zor olan, oldukça ender görülen konjenital koroner arter anomalisidir ve olguda olduğu gibi tanı çoğunlukla otopside konur (3)

Doç.Dr. Nazmi NARİN
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları.

KAYNAKLAR

1. Wilcox WD, Hagler DJ, Lie JT et al. Anomalous origin of left ventricular artery from pulmonary artery in association with intracardiac lesions: report of two cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1979;78:12-20.
2. Edwards JE. The direction of blood flow in coronary arteries arising from the pulmonary trunk. *Circulation* 1969;29:163-166.
3. Schmidt KG, Coopre MJ, Silverman NH, Stranger P. Pulmonary artery origin of the left coronary artery: diagnosis by two dimensional echocardiography, pulsed doppler ultrasound and color flow mapping. *J Am Coll Cardiol* 1988;11:396-402.