

Multipl Koroner Arteriyο-Sistemik Fistüler (2 Olgu Nedeniyle)

Uz.Dr.Nuri ÇAĞLAR, Doç.Dr.Tıgrul OKAY, Prof.Dr.Mchmet ÜZDEMİR, Uz.Dr.ismct DİNDAR

Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

ÖZET

Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesinde saptadığımız iki multipl koroner arteriyο-sistemik fistül olgusu son derece nadir görülmeleri nedeni ile sunuldu. Olguların ilkinde fistül koroner anjiyografik olarak sağ ve sol koroner arterler ile sol ventrikü, ikincisinde yalnızca sağ koroner arter ile sol ventrikü arasında belirlendi. İlk olguda efor testi (+), ikinci olguda (—) bulundu. Her iki olguda Talinin 201 ventrikü perfüzyon sintigrafisi normal bulundu. Olgularında ilave konjenital anomali saptanmadı.

Anahtar Kelimeler. Koroner arteriyο-sistemik fistül, koroner anjiyografi.

Koroner arter fistülleri, koroner arterlerden kalb boşluklarına geçişin bulunduğu nadir konjenital anomalilerdir. Olguların büyük çoğunluğunda bu geçiş pulmoner arter, koroner sinüs, sağ atrium ve sağ ventrikü gibi sağ kalb boşluklarına olur (1-8).

Koroner arterlerin sol atrium ve sol ventriküle boşalması koroner arterio sistemik fistül olarak isimlendirilir ve son derece nadir görülür (2-8). Bu çalışmada Koşuyolu Kalp ve Araştırma Has-

Gelis Tarihi: 22.5.1989

Kabul Tarihi: 30.10.1989

Yazıma Adresi: Dr.NuriÇAĞLAR

Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi
Kadıköy/t STANBUL

SUMMARY

MULTIPLE CORONARYARTERIO-SYSTEMIC FISTULAS

Two multiple coronary arterio-systemic fistula cases have been demonstrated by Kosuyolu Heart and Research Hospital, because their incidence is very rare.

In both cases, fistulas were shown by angiographic methods. In first case fistula was between left and right coronary arteries and left ventricle. In the second case fistula was between just right coronary artery and left ventricle. The stress test findings were (+) for first and (—) for second case. The lhalUum-201 perfusion results were normal, and they didnt have any additional congenital abnormality.

Key Words: Coronary arterio systemic fistula, coronary angiography.

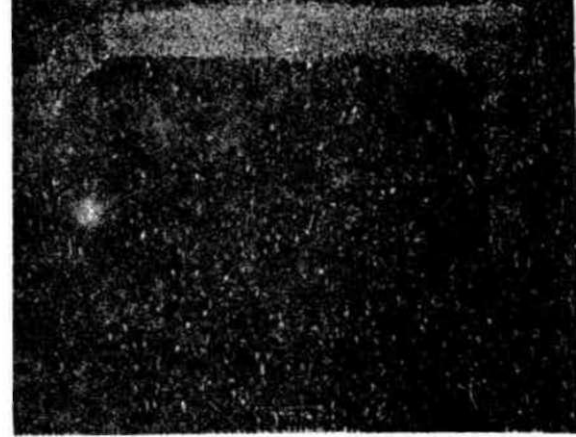
tanesinde saptadığımız iki koroner arterio sistemik fistül olgusu sunulacaktır.

Olgu 1.

EK. 55 yaşında, ev hanımı, 6 aydır anginal nitelikte göğüs ağrısından yakınıyor. Bu yakınması nedeni ile baş vurduğu hastaneden koroner dilatatörleri, kalsiyum antagonistleri ve antiagregan ilaçlar verilmiş. Son günlerde yakınmalarının artması üzerine koroner anjiografi için hastanemize sevk edilmiş.

Sigara kullanımı ve hipertansiyon dışında bireysel ve aile öyküsü özellik taşıyor.

T.A: 140/90 mmHg, Nabız: 60/dak. düzenli



Şekil 1,2. Sağ ve Sol koroner arterlerde fisül boyunca sol ventrikül içine akım oluşması ve sol ventrikülün belirginleşmesi

Sistemik muayenesinde patolojik bulgu belirlenmedi. Laboratuvar tetkikleri normal sınırlar içinde bulundu. Elektrokardiografisinde sol ventrikül hipertrofisi, sol ventrikül sistolik yüklenme bulguları mevcuttu.

Telekardiogramda K/T indexi kalb lehine artmış, aort konusu belirgindi

Gerekli hazırlıkların tamamlanmasından sonra hastaya brakial yaklaşım ile sağ sol koroner angiografi ve iki yönlü sol ventrikülografi yapıldı. Sol ventrikül diastol sonu basıncı 10 mmHg olarak belirlendi. Koroner angiografide sağ ve sol koroner arterlerde daraltıcı lezyon bulunmadı, ancak koroner arterler içine kateterden opak maddenin verilmesinden hemen sonra hem sağ ve hem de sol koroner arterlerin anterior ve posterior septal perforan dalları boyunca sol ventrikül içine bir akımın bulunduğu ve sol ventrikülün belirginleştiği görüldü (Şekil 1,2). İki yönlü sol ventrikülografide patoloji belirlenmedi.

Bisiklet egzersiz testinde 50 watt'da 1 mm ST çökmesi oldu. (Çift çarpım =) (85*t.A).

Talium 201 ile yapılan miyokart perfüzyon sintigrafisi normal olarak değerlendirildi.

Olgu 2.

O.B. 35 yaşında erkek, 1,5 ay önce ağır bir efor sırasında 15 dakika süren göğüs ağrısı olmuş. Ağrı sırasında baş vurduğu hastanede EKG değişikliği saptanmış. Unstable angina pectoris anısı ile yatırılarak tedavisi yapılmış, sonradan

koroner anjiyografisi için hastanemize sevk edilmiş, müracaatı sırasında hiçbir yakınması yoktu.

Sigara kullanımı dışında bireysel ve aile öyküsü özellik taşıymıyordu.

TA: 130/80mmHg, Nabız: 76/dak. düzenli

Sistemlerin muayenesi normaldi.

Laboratuvar tetkikleri normal sınırlar içinde bulundu.

Telekardiogram normaldi.

Hastaya bisiklet egzersiz testi uygulandı. Bu egzersizde hastanın efor toleransı iyi bulundu. Ağrısı, ST-T değişiklikleri ve herhangi bir ritm bozukluğu gözlemedi.

Hastaya brakial yaklaşım ile sağ-sol koroner anjiyografi ve sol ventrikülografi yapıldı. Sol ventrikül diastol : onu basıncı 5 mmHg olarak belirlendi. Koroner angiografide sol koroner arter dominant idi, koroner arterlerde daraltıcı lezyon saptanmadı, ancak sağ koroner arterden sol ventrikül içine fisül belirlendi (Şekil 3).

İki yönlü sol ventrikülografi normaldi.

Talium 201 ile yapılan miyokart perfüzyon sintigrafisi normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Koroner arter fistülleri en sık olarak sağ koroner arterden kaynaklanır (2-8). Koroner arter fistüllerinin kalbin sol boşluklarına açılması son derece nadir görülen bir durumdur. Sol atriuma açılmasına ise sol ventrikülden daha sık rastlandığı bildirilmektedir (3). Bizim olgularımızın



Şekil 3. Sağ koroner arterden fistül boyunca sol ventrikül içine ikim oluşması ve sol ventrikülün belirginleşmesi

ilkinde hem say ve hem de sol koroner arterler ile sol ventrikül arasında bir ilişki mevcuttu, ikincisinde ise fistül sağ koroner arter ile sol ventrikül arasında belirlendi, ilk olgumuz hem fistülün kaynaklandığı arterler, hem de sol ventriküle açılma gibi iki çok nadir rastlanan özellik taşımaktadır. İkincisinde ise fistülün kaynağı en sık rastlandığı gibi sağ koroner arterdir, ancak bu olguda da açılma sol ventrikül boşluğuna olmaktadır.

Koroner arter fistülleri soliter bir anomali olarak görülebileceği gibi patent duetus arteriosus, pulmoner alrezi, aortik atrezi, büyük damarların d-transpozisyonu gibi konjenital kardiyak anomalilere de eşlik edebilir (4,5). Bizim olgularımızda koroner arter fistüllerine ilave bir konjenital anomali saptamadık.

Koroner arter fistüllü olgularda devamlı bir üfürümün duyulması, geniş nabız basıncı, konjestif kalb yetmezliği, miyokard iskemi ve infarktüsü gibi bir takım patofizyolojik sonuçların belirmesi, fistül içinden kalb boşluklarına dökülen kan miktarı ile yakından ilgilidir (6,8). Olguların büyük bölümünde klinik bir belirti, bulgu ve yakınmanın bulunmayışı, bazı araştırmacılarca olayın klinik önemi olmayan, angiyoğrafik bir merak unsuru olarak tanımlanmasına yol açmıştır (4).

Bizim olgularımızın ilkinde koroner arteriyo sistemik fistülün sol ventrikül miyokardında iskemiye neden olduğu düşünmekle birlikte,

Tallum 201 ventrikül perfüzyon sintigrafisi bu düşüncemizi doğrulamadı. İkinci olgumuzda ise iskemi düşünmedik. Ancak Talium sintigrafisi sırasında iskemiye rağmen perfüzyon defektlerinin görülmeysi fistüllerin bütün ventrikül segmentleri boyunca mevcut oluşu ile de açıklanabilmektedir (2).

Koroner arter fistülleri sınırlan belirli bir damarın kalb boşlukları içine boşalması veya bizim olgularımızda olduğu gibi çok sayıda ince damarların oluşturduğu bir ağ biçimde olabilir. İlk durumdaki hastalar, fistüllerin yukarıda anlatılan komplikasyonlarından dolayı cerrahi tedaviye aday olarak kabul edilebilirler ve bunların cerrahi tedavisi mümkün olabilir (5). İkinci durumda ise cerrahi tedavi çoğunlukla mümkün değildir. Hastalara tıbbi tedavi önerilir. Bu sonuncu durumda; normal büyüme ve gelişme sırasında genellikle kapanan embriyonik sinuzoidlerin açık kalması olasıdır. Yetişkin kalbindeki miyokardial damarlar embriolojik olarak miyokart içine uzanan endotelial girintilerden kaynaklanırlar. Bu girintiler miyokart içinde intertrabeküler bir ağ oluşturarak epikardial yüzeye kadar uzanırlar. Miyokart büyüdükçe bu ağın en dış kısmı tamamen kapanır, en iç kısmı ise kalb boşlukları ile miyokardın ilişkisini sürdürecektir biçimde açık kalır ve Thebesian damarlarını oluştururlar. Bizim olgularımızda da gördüğümüz gibi çok sayıda ince damarlar boyunca geçişin bulunduğu koroner arteriosistemik fistül olgularında; bu en dış yüzeydeki intertrabeküler sinuzoidlerin, embriolojik bir gelişme kusuru olarak açık kaldığı ve bu açıklığın, koroner damarlar ile Thebesian damarlar boyunca kalb boşluklarının ilişkisini sağladığı öne sürülmektedir (2-4,6-8).

KAYNAKLAR

1. I.I> (Brandcnburg RO, Fustcr V. Giuliani RE): Coroncr arlcriograply in Cardiology fundamentals and praclice, 1.nd edition year book medical publishers, 1987.
2. Collier C. Kiowski W. Bertrob RV, Pfisterer M. Burkar! F. Mittleple coronary arteriocamcral fistulas as a cause of myocardial isehemia. Am Hcart J 115:181-184,1988.
3. Reddy K, Gupia M, Ilamby RJ: Multiple coronary arteriosysiemic fistulus. Am J Cardiol 33:304-306, 1974.
4. Cha SD. Singer E, Manabao V, Goldberg H: Silent Coronary Artcry-Left Venlricular Ftstula: A Disordcr of the Thebesian System. Angiology 29:169-173,1978.

5. Arcnsman 1^W, Schwartj OC-Koplan S: Multipt coronary artcrio camera! fistulas associated with d-transposition of the great vessels. Am Heart .1 105:517-519, 1983.
6. Ahmed S. Haider B, Regan 1.1: Silent left coronary artcry-camcral fistula: Probable cause of mvocardial ischemia. Am Heart.l 104:869-870. 1982.
7. Schamroth CE, Sarell P. Curcio A. Barlow JB: Multiple coronary artery-right ventricle fistulas. Am Heart J 109:1388-1390. 1985.
8. Rose AG: Multiple coronary artcrtventricular Etstulac. Circulation 58:178-180. 1978.