

Καρδιακή Απεικόνιση

Απεικόνιση Στεφανιαιοβρογχικής Επικοινωνίας με Κλασική και με MDCT Αγγειογραφία

SERAP BAS¹, OMER YIGINER², MURAT ATALAY², OMER UZ², HASAN FERAY¹

¹Gaziosmanpasa Hospital, ²GMMA Haydarpara Hospital, Istanbul-Turkey

Λέξεις ευρετηρίου:
**Επικοινωνία
στεφανιαίων
αρτηριών,
στεφανιογραφία,
υπολογιστική
τομογραφία.**

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
18 Ιουνίου 2009
Ημερ. αποδοχής:
5 Νοεμβρίου 2009

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Dr. Omer Yiginer

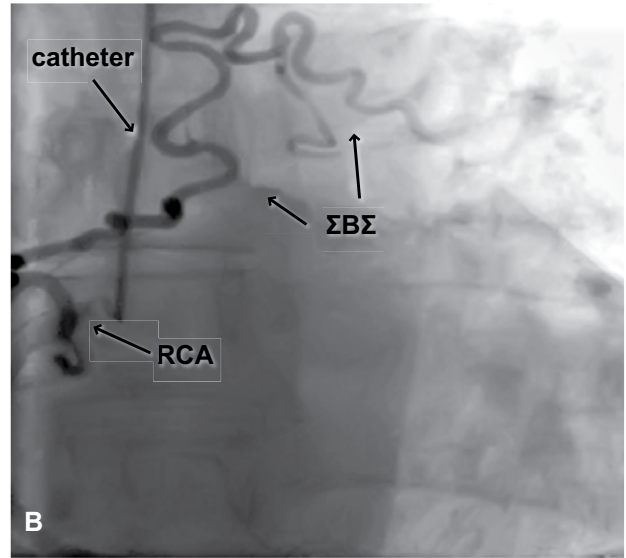
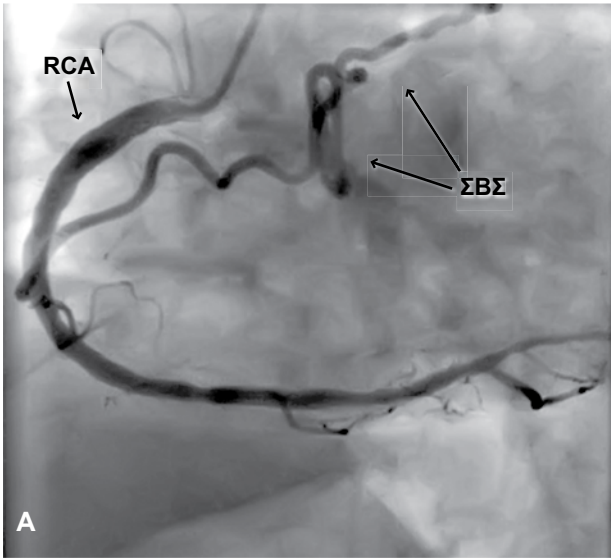
GATA Haydarpara
Egitim Hastanesi,
Kardiyoloji Servisi,
Uskudar, Istanbul-
Turkey
e-mail:
oyiginer@yahoo.com

Ανδρας 64 ετών καπνιστής και με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προσήλθε στην κλινική μας με στηθάγχη. Στη στεφανιογραφία στην οποία υποβλήθηκε αναδείχθηκαν σημαντικές στενώσεις στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και στην περιορισμένη αρτηρία. Δεν υπήρχαν στενώσεις στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) εντούτοις απεικονίστηκε επικοινωνία μεταξύ της RCA και της αριστερής βρογχικής αρτηρίας. (Εικόνες 1A και 1B). Η πολυανιχνευτική υπολογιστική τομογραφία (multi-detector computed tomography MDCT) επιβεβαίωσε την επικοινωνία μεταξύ της RCA και της βρογχικής αρτηρίας (Εικόνα 2). Η αγγειογραφία MDCT κατέδειξε ότι το συρίγγιο προερχόταν από τον κοιλιακό κλάδο της RCA και συνέχιζε περνώντας μέσω της δεξιάς πλευράς της αορτής και του δεξιού κόλπου. Το συρίγγιο κατέληγε στην αριστερή βρογχική αρτηρία πίσω από το δεξιό κόλπο (Εικόνα 2). Ο ασθενής θεραπεύθηκε επιτυχώς με την τοποθέτηση παρακαμπτήριου μοσχεύματος και αποκατάσταση της επικοινωνίας.

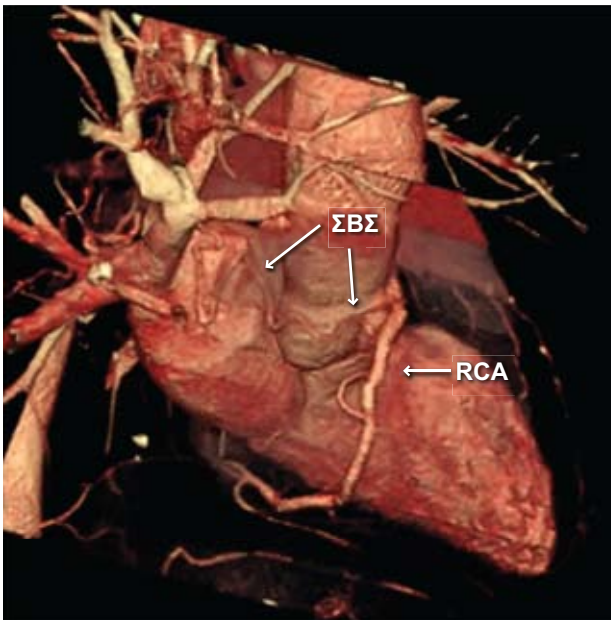
Συζήτηση

Η επίπτωση των ανωμαλιών των στεφανιαίων αρτηριών φτάνει το 1,3% στον πληθυσμό που υποβάλλεται σε στεφανιογραφικό έλεγχο και οι επικοινωνίες των στεφανιαίων αρτηριών αποτελούν το 13% αυτών των ανωμαλιών.¹ Το συρίγγιο των στεφανιαίων αρτηριών ορίζεται ως μια ανώμαλη

αγγειακή επικοινωνία μεταξύ κάποιας στεφανιαίας αρτηρίας και κάποιας από τις καρδιακές κοιλότητες ή τα μεγάλα αγγεία.² Σε μια πρόσφατη μελέτη, η επίπτωση του στεφανιοβρογχικού συριγγίου (ΣΒΣ) έχει φανεί να είναι 0,61% μεταξύ του πληθυσμού που υποβάλλεται σε στεφανιογραφία MDCT.³ Λόγω της ασυμπτωματικής φύσης αυτής της ανωμαλίας, οι περισσότερες από τις περιπτώσεις ανακαλύπτονται συνήθως τυχαία κατά τη διάρκεια MDCT ή/και της συμβατικής στεφανιογραφίας μετά από την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρωτικής βλάβης των στεφανιαίων αρτηριών. Το ΣΒΣ προέρχεται συνήθως από την περιορισμένη αρτηρία μέσω ενός αριστερού ενδοκολπικού κλάδο.³ Ο περισσότερος ασθενείς με ΣΒΣ είναι ασυμπτωματικοί, αλλά μπορεί να αναπτυχθούν καρδιαγγειακά σημεία και συμπτώματα όπως το συνεχές φύσημα κατά την ακρόαση, η στηθάγχη λόγω στεφανιαίας υποκλοπής, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και η ρήξη ενός ανευρυσματικού συριγγίου. Επίσης το ΣΒΣ μπορεί να προκαλέσει αιμόπτυση. Αν και οι ανώμαλες επικοινωνίες μεταξύ μιας στεφανιαίας αρτηρίας και μιας βρογχικής ή μιας μεσοπλεύριας αρτηρίας είναι συνήθως συγγενείς νόσοι, μερικές φορές υποκειμένες πνευμονικές νόσοι όπως οι βρογχεκτασίες μπορούν να προκαλέσουν διαστολή των αναστομώσεων και έτσι αυτά να γίνουν λειτουργικά. Επειδή στην περίπτωση μας δε συνυπήρχε πνευμονική νόσος, το ΣΒΣ στον ασθενή μας θεωρήθη-



Εικόνα 1. Δεξιά στεφανιαία αρτηρία σε αριστερή (Α) και σε δεξιά (Β) προσθιοπλάγια προβολή που απεικονίζει συρίγγιο μεταξύ στεφανιαίας και βρογχικής αρτηρίας (ΣΒΣ) προερχόμενο από τον δεξιό κοιλιακό κλάδο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA): δεξιά στεφανιαία αρτηρία.



Εικόνα 2. Τριδιάστατη απεικόνιση της MDCT στεφανιογραφίας έδειξε ότι το στεφανιοβρογχικό συρίγγιο (ΣΒΣ) που προέρχεται από τη RCA προχωρά μέσω του δεξιού τοιχώματος του δεξιού κόλπου και συνδέεται με την αριστερή βρογχική αρτηρία πίσω από το δεξιό κόλπο.

κε συγγενούς προέλευσης. Αν και ο καρδιακός καθετηριασμός είναι η καλύτερη διαγνωστική μέθοδος για τον προσδιορισμό τέτοιων επικοινωνιών δεν παύει να είναι επεμβατική μέθοδος με έναν καθορισμένο βαθμό

κινδύνου (κατά προσέγγιση νοσηρότητα 1,5% και θνησιμότητα 0,15%). Η αγγειογραφία MDCT είναι μια όλο και περισσότερο συχνά χρησιμοποιούμενη εναλλακτική λύση για την αξιολόγηση της ανατομίας των στεφανιαίων αρτηριών: ένας αυξανόμενος αριθμός άρθρων καταδεικνύει τη χρησιμότητά της για τη μελέτη της αρτηριοσκληρυνση των στεφανιαίων αρτηριών και τον προσδιορισμό των ανατομικών ανωμαλιών των στεφανιαίων αρτηριών όπως τα έκτοπα στόμια των στεφανιαίων αρτηριών και τα στεφανιαία συρίγγια.³ Αν και η MDCT είναι κατώτερη στη χρονική διακριτική ικανότητα από τη συμβατική στεφανιογραφία (40 ms), η τριδιάστατη τεχνική ανασύνθεσης που διαθέτει με την ικανότητα να «βλέπει» την καρδιά από απεριορίστη γωνία, μας επιτρέπει να διαπιστώσουμε μια σύνθετη βλάβη και τις συνοδές δομές της στην καλύτερη προβολή. Η τοποθέτηση stent και ο εμβολισμός με σπείραμα θεωρείται η καλύτερη αγωγή για το στεφανιαίο φαινόμενο υποκλοπής.⁴ Σε περίπτωση σοβαρής στεφανιαίας νόσου, όπως στον ασθενή μας, η χειρουργική επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης σε συνδυασμό με τη χειρουργική αποκατάσταση του ΣΒΣ μπορεί να είναι οριστική θεραπεία.

Βιβλιογραφία

1. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. Catheterization and cardiovascular diagnosis 1990; 21: 28-40.
2. Papadopoulos DP, Perakis A, Votreas V, Anagnostopoulou

- S. Bilateral fistulas: a rare cause of chest pain. Case report with literature review. Hellenic J Cardiol. 2008; 49: 111-113.
3. Lee ST, Kim SY, Hur G, et al. Coronary-to-bronchial artery fistula: demonstration by 64-multidetector computed tomography with retrospective electrocardiogram-gated reconstructions. Journal of computer assisted tomography 2008; 32: 444-447.
 4. Dorros G, Thota V, Ramireddy K, Joseph G. Catheter-based techniques for closure of coronary fistulae. Catheter Cardiovasc Interv. 1999; 46: 143-150.