

Καρδιακή Απεικόνιση

Αμφοτερόπλευρο Στεφανιαίο Συρίγγιο από το Δεξιό Κόλπο του Valsalva και την Περισπωμένη Αρτηρία στην Πνευμονική Αρτηρία

GURKAN ACAR¹, SEDAT KORUGLU¹, OMER YIGINER², ERSIN OZTURK³, CEMAL TUNCER¹

¹Sutcu Imam University, Faculty of Medicine, Cardiology Department, Kahramanmaraş, Turkey,

²Cardiology Department, ³Radiology Department, GATA Haydarpaşa Training Hospital, Istanbul, Turkey

Λέξεις ευρητηρίου:
Συγγενείς
ανωμαλίες,
στεφανιαία νόσος,
στεφανιαία
κυκλοφορία,
αρτηριοφλεβική
επικοινωνία.

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
18 Μαρτίου 2009
Ημερ. αποδοχής:
1 Απριλίου 2010

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Sedat Koroglu

Yoruk Selim Mah.,
Hastane Cad.,
Kahramanmaraş Sutcu
Imam Universitesi
Arastirma Ve Uygulama
Hastanesi, 460 50,
Kahramanmaraş, Turkey
e-mail: m.sedatkoroglu@gmail.com

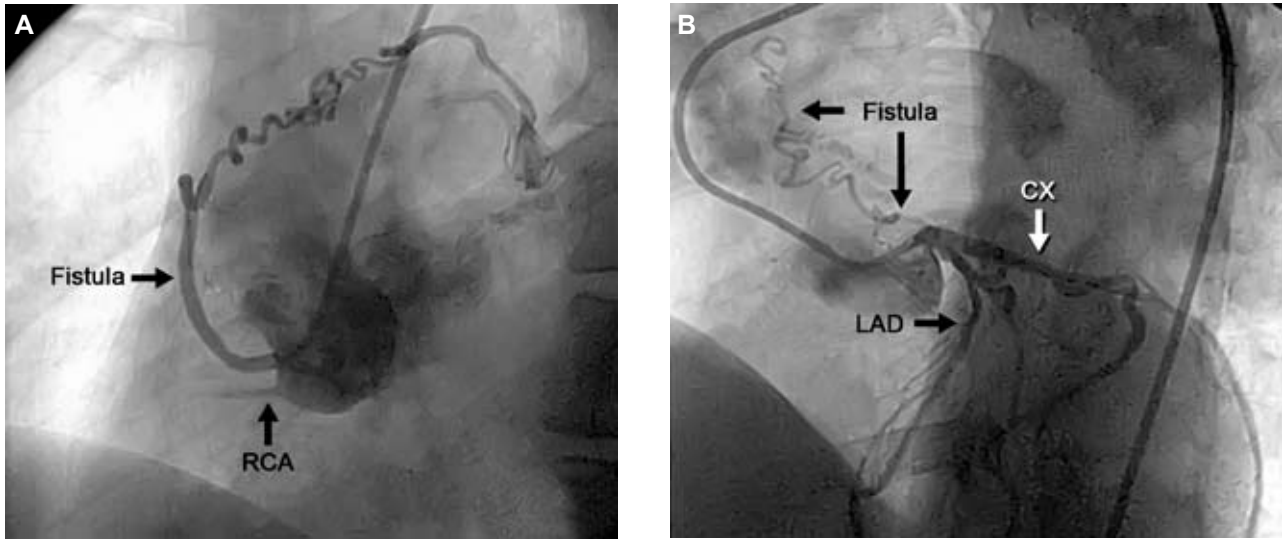
Ανδρας 55 ετών προσήλθε με θωρακικό πόνο κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης. Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και η κλινική εξέταση ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών παρουσίασε διάχυτες αναστροφές των T επαριμάτων ενώ υπήρχαν διάχυτες διαταραχές στην κινητικότητα των τοιχωμάτων της αριστεράς κοιλίας και το κλάσμα εξωθήσεως ήταν 45% κατά την υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση. Δεν ανιχνεύθηκε καμία ενδοκαρδιακή επικοινωνία. Η στεφανιογραφική μελέτη αποκάλυψε ένα συρίγγιο που ξεκινούσε από το δεξιό κόλπο του Valsalva (RSV) από ένα ξεχωριστό στόμιο από αυτό της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και ένα άλλο συρίγγιο που ξεκινούσε από την περισπωμένη αρτηρία, και το δύο κατέληγαν στην πνευμονική αρτηρία (Εικόνα 1 A-B). Επιπλέον, αποκαλύφθηκε στεφανιαία νόσος τριών αγγείων. Ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός κατέδειξε τη σημαντική αύξηση οξυγόνου στο φλεβικό σκέλος της κυκλοφορίας ενώ ο λόγος πνευμονικής προς συστηματικής παροχής (Qp/Qs) ήταν 1,8/1. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε CT στεφανιαία αγγειογραφία για να γίνει κατανοητή η σύνθετη ανατομία και η πορεία του συριγγίου (Εικόνα 2 A-B). Λόγω της τριαγγειακής νόσου και της σημαντικής επικοινωνίας από αριστερά προς

τα δεξιά συστήθηκε χειρουργική θεραπεία την οποία ο ασθενής αρνήθηκε.

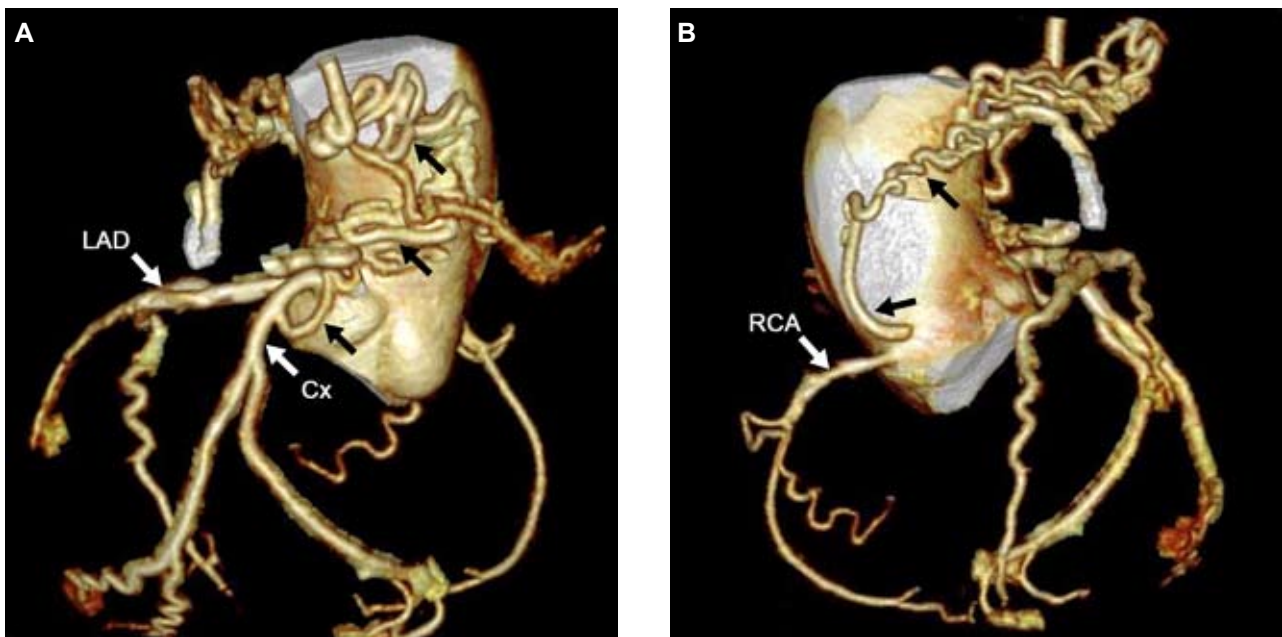
Τα διπλά συρίγγια των στεφανιαίων αρτηριών που συμπεριλαμβάνουν τη δεξιά και την αριστερή στεφανιαία είναι ασυνήθιστα καθώς αποτελούν μόνο το 7-16% όλων των περιπτώσεων.¹⁻³ Το συρίγγιο που προέρχεται από τον RSV και που καταλήγει στην πνευμονική αρτηρία είναι πολύ σπάνιο.⁴⁻⁵ Χειρουργική απολίνωση ή διαδερματική σύγκλιση του συριγγίου συστήνεται εάν αυτό αποτελεί αιτία μυοκαρδιακής ισχαιμίας, καρδιακής ανεπάρκειας και μεγάλης επικοινωνίας μεταξύ συστηματικής και πνευμονικής κυκλοφορίας. Εν προκειμένω, αναφέρουμε μια περίπτωση αμφοτερόπλευρου συριγγίου που προέρχεται από τον RSV και την περισπώμενη αρτηρία το οποίο καταδείχθηκε με τη συμβατική και τη CT στεφανιαία αγγειογραφία.

Βιβλιογραφία

1. Said SA, van der Werf T. Dutch survey of coronary artery fistulas in adults: congenital solitary fistulas. *Int J Cardiol.* 2006; 106: 323-332.
2. Sunder KR, Balakrishnan KG, Tharakan JA, et al. Coronary artery fistula in children and adults: a review of 25 cases with long-term observations. *Int J Cardiol.* 1997; 58: 47-53.
3. Tirilomis T, Aleksic I, Busch T, Zenker D,



Εικόνα 1. Α: Αριστερή προσθιοπλάγια προβολή που παρουσιάζει το συρίγγιο που προέρχεται από το δεξιό κόλπο του Valsalva (RSV) και που καταλήγει στην πνευμονική αρτηρία (RCA: Δεξιά στεφανιαία αρτηρία). Β: Αγγειογραφική ανάδειξη του συριγγίου από την περιωπόμενη στεφανιαία αρτηρία στην πνευμονική αρτηρία (CX: Περιωπόμενη αρτηρία, LAD: Αριστερός πρόσθιος κατιόντας κλάδος).



Εικόνα 2. CT στεφανιαία αγγειογραφία που καταδεικνύει το Α: Συρίγγιο (μαύρα βέλη) από την περιωπόμενη στεφανιαία αρτηρία στην πνευμονική αρτηρία. (CX: Περιωπόμενη αρτηρία, LAD: Αριστερός πρόσθιος κατιόντας κλάδος). Β: Συρίγγιο (μαύρα βέλη) από τον RSV στην πνευμονική αρτηρία (RCA: Δεξιά στεφανιαία αρτηρία).

Ruschewski W, Dalichau H. Congenital coronary artery fistulas in adults: surgical treatment and outcome. *Int J Cardiol.* 2005; 98: 57-59.

4. Moukarbel GV, Nasrallah AT. Coronary artery fistula draining

into the pulmonary artery. *Int J Cardiol.* 2005; 99: 493-494.

5. Yiginer O, Bas S, Feray H. Demonstration of coronary to pulmonary fistula with MDCT and conventional angiography. *Int J Cardiol.* 2009; 134: e126-128.