

SİRKUMFLEKS ARTERDEN KAYNAKLANAN KORONER ARTER-PULMONER ARTER FİSTÜLÜ

Mustafa Şırlak* ❖ Ozan Emiroğlu** ❖ Altay Elalmış** ❖ Levent Yazıcıoğlu*
Sadık Eryılmaz* ❖ Refik Taşöz*** ❖ Ümit Özyurda***

ÖZET

Koronar arteriyovenöz fistüller nadir görülen bir anomali'dir. Bu olgu sunumunda sirkumfleks arter ile pulmoner arter arasında semptomatik koroner arteriyovenöz fistülü olan 62 yaşında kadın hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Arteriyovenöz Fistül, Koroner Anjiyografi.

SUMMARY

Coronary Artery- Pulmonary Artery Fistula Originating From The Circumflex Artery: A Case Report

Coronary arteriovenous fistula is a rarely anomaly. In this case report, a 62 years old woman patient has been described with a symptomatic coronary arteriovenous fistula between the circumflex artery and the pulmonary artery.

Key Words: Arteriovenous Fistula, Coronary Angiography.

Koronar arter fistülü, nadir görülen, koroner arterler ile kalbin herhangi bir boşluğu veya damarları arasında, kapiller yatak bulunmaksızın gelişen fistülizasyondur. İlk kez 1865'de tanımlanmasından sonra günümüze kadar yaklaşık 350 vaka bildirilmiştir(1). Koroner angiografi yapılan hastaların %0,1-0,2'sinde koroner arterler ile pulmoner arter, kalbin venöz sistemi veya kalbin herhangi bir boşluğu arasında fistülizasyon saptanmaktadır. Tüm popülasyondaki görülme sıklığı ise %1-2 arasındadır(2-4). Koroner arteriyovenöz fistüller, koroner arter anomalilerinin ise yaklaşık yarısını (%48) oluşturmaktadırlar. Koroner arteriyovenöz fistüllerin %15-30'u koroner arter ile pulmoner arter arasında olmakta ve bunların da % 18,3'ü sirkumfleks arterden kaynaklanmaktadır(5). Bu olgu sunumunda pulmoner arter ile sirkumfleks arter arasında, semptomatik koroner arteriyovenöz fistülü olan 62 yaşındaki kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

62 yaşında kadın hasta efor dispnesi, göğüs ağrısı, aşırı yorgunluk ve çarpıntı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Son beş yıldır bu şikayetleri olmakla beraber son bir ayda şikayetlerinin arttığı tespit edildi. Sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon, diabetes mellitus ve aile hikayesi gibi aterosklerozaya yönelik risk faktörlerinin hiç biri bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayenede beşinci interkostal aralıkta, diyastolde şiddetini arttıran II/VI şiddetinde sistolodiyastolik üfürüm duyuldu. Bunun dışında patolojik bulgu yoktu. Telekardiyografisinde kardiyotorasik oran 0,5 ölçüldü. EKG'de seyrek atriyal ve ventriküler ekstrasistoller, V3 derivasyonunda 1mm, V4 ve V5 derivasyonunda ise 2mm ST çökmesi saptandı. Tam kan ve biyokimya değerleri ise normaldi. Hastanın semptomatik olması nedeni ile hastaya koroner angiografi yapıldı. Koroner angiografide sirkumfleks arterin birinci

* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.B.D.

** Arş. Gör. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.B.D.

*** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.B.D., Öğretim Görevlisi

obtus marjin dalından sonra pulmoner artere fistü- lüze olduğu görüldü. Diğer koroner arterlerde lezyon yoktu. Ventrikülografide anterolateral duvarın hipokinetik olduğu görüldü. Bu bulgular ile ameliyat kararı alındı.

Ameliyatta mediyan sternotomiye takiben perikard açıldı ve sirkumfleks arter ve pulmoner arter arasındaki fistül tespit edildi. Kardiyopulmoner baypas'a girilerek fistülün her iki ucu epikardiyak klipler ile (Atraclip®) kapatıldı. Komplikasyon olmadan hasta yoğun bakıma alındı. İki gün yoğun bakım ve beş günlük servis takibinin ardından hasta sorunsuz biçimde taburcu edildi.

Tartışma

Koroner arteriyovenöz fistüller seyrek görülen ve cerrahi olarak kolaylıkla düzeltilebilen anomalilerdir. Genç hastalar genellikle asemptomatik iken yaşlı hastalarda sıklık sırasına göre anjina, dispne ve aşırı yorgunluk gibi semptomlar görülmektedir. Tanı için altın standart yöntem koroner angiografidir(3,6,7). Semptomatik koroner arteriyovenöz fistüllerin morbidite ve mortalitesi asemptomatik hastalara oranla her yaş gurubunda yük-

sektir. Fistülün spontan kapanması çok nadir bir durumdur(8). Müdahale edilmemesi durumunda en sık iskemi ve kronik volüm yüklenmesi olmaktadır. Daha az sıklıkta ise konjestif kalp yetmezliği, bakteriyel endokardit, anevrizmal genişleme, rüptür, tromboz, aritmi ve myokard infarktüsü gelişebilmektedir. Asemptomatik koroner arteriyovenöz fistüllerinin cerrahi onarımının prognozu etkilememesinden ötürü konservatif yaklaşımla takip önerilmektedir(8). Semptomatik hastalarda ise cerrahi tercih edilmekte ve kardiyopulmoner baypas aracılığı ile fistülün her iki ucu bulunarak bağlanmaktadır. Ligasyon için epikardiyal klip de kullanılmaktadır. Embolizasyon ise alternatif yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır(9-10). Koroner arteriyovenöz fistüllerin cerrahi olarak onarımının uzun dönem sonuçlarının iyi olduğunu görmekteyiz. Bu nedenle semptomatik hastalarda, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek ve olası komplikasyonları ortadan kaldırmak için koroner arteriyovenöz fistül anomalilerinde cerrahi onarım yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bogers AJJC, Quaeghebeur JM, Huysmans HA. Early and late results of surgical treatment of congenital coronary artery fistula. *Thorax* 1987;42:369-373
2. Kugelmass AD, Manning WJ, Piana RN. Coronary arteriovenous fistula presenting as congestive heart failure. *Cath Cardiovasc Diagn* 1992;26:19-25
3. Fernandes ED, Kadivar H, Hallman GL. Congenital malformations of the coronary arteries: The Texas Heart Institute Experience. *Ann Thorac Surg* 1992;54:732-740
4. Angelini P. Normal and anomalous coronary arteries: Definitions and classification. *Am Heart Jour* 1989;117:418-434
5. Olearchyk AS, Runk DM, Alavi M, Grosso MA. Congenital bilaterally coronary to pulmonary artery fistulas. *Ann Thorac Surg* 1997;64:233-235
6. Urrutia SCO, Falahi G, Ott DA, Cooley DE. Surgical management of 56 patients with congenital coronary artery fistulas. *The Annals of Thoracic Surg* 1983;35:300-307
7. Sherwood MC, Rockenmacher S, Colan SD. Prognostic significance of clinically silent coronary artery fistulas. *Am J Cardiol* 1999;83:407-411
8. Hobbs RE, Millit HD, Raghavan PV. Coronary artery fistula : a ten years review. *Clev Clin Q* 1982;49:191-197
9. Dorros G, Thota V, Ramreddy K. Catheter-based techniques for closure of coronary fistula. *Cathet Cardiovasc Intervent* 1999;46:143-150
10. Aydoğan Ü. Transcatheter Embolization Treatment of Coronary Arteriovenous Fistulas *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2003 11: 63-67.

