

OLGU 2

Ekokardiyografi ile Tanı Alan Koroner Fistül Olgusu

Deniz KAPTAN ÖZEN¹

Olgu Sunumu

23 yaşında semptomu olmayan erkek hasta periyodik muayene sırasında üfürüm saptanması üzerine kardiyoloji polikliniğine yönlendirildi. Bilinen kronik hastalık öyküsü ve özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde siyanoz yoktu. Tansiyonu 100/65 mmHg, nabızı düzenli 85 atım/dakika, ateşi 37,2 °C, oda havasında parmak oksijen saturasyonu %98 idi. Pretibial ödem veya jugüler venöz dolgunluk izlenmedi. Akciğerlerinde ral veya ronküs duyulmadı. Kalp oskültasyonunda S1 ve S2 sesleri ritmik ve doğaldı. Sol sternal kenarda $\frac{3}{4}$ şiddetinde devamlı üfürüm duyuldu. Hastada ayırıcı tanıda devamlı üfürüm nedeni ile konjenital veya sporadik intratorasik arteriyovenöz bağlantı olabileceği düşünüldü. Bunun üzerine hastaya elektrokardiyografi (EKG), transtorasik ekokardiyografi ve anteroposteriyör akciğer grafisi ile birlikte laboratuvar değerlendirmesi planlandı.

Klinik Değerlendirme ve Tanı

Hastanın EKG'si normal sinüs ritmindeydi ve laboratuvar parametreleri normaldi. Akciğer grafisinde asendan aorta dilatasyonu saptandı. (Şekil 1) 2-boyutlu transtorasik ekokardiyografi (TTE)'sinde sol ventrikül boyutları ve fonksiyonları normal sınırlardaydı. Sağ kalp boşlukları (sağ ventrikül bazal çapı: 44 mm, sağ atriyum alanı: 18 cm²) hafif dilate ve eşlik eden hafif triküspit yetersizliği akımı saptandı. Apikal 4 boşluk görüntüsünde sağ atriya renkli Doppler geçişi ile sistol ve diyastolde devamlı türbülant akım izlendi (Şekil 2). Bunun üzerine transözefajiyal ekokardiyografi (TÖE) yapıldı. TÖE' de; 120° görüntü penceresinde sinus valsalvanın sağ koroner arter çıkış bölgesinde anevrizmatik genişleme, 90° bikaval görüntüde ise anevrizmatik yapıdan sağ atriya doğru renkli Doppler ile sistol ve diyastol boyunca devam eden geçiş saptandı. (Şekil 3) Sağ koroner

¹ Uzm. Dr., VM Medicalpark Kocaeli Hastanesi, drkaptandeniz@gmail.com

Tablo 2. Koroner arter fistüllerinin komplikasyonları

Fizyolojik anormallikler

Vasküler şant

- Soldan sağa şant fizyolojisi (pulmoner hipertansiyon)
- Soldan sola şant fizyolojisi (sol ventrikül aşırı yükü)

Koroner çalma fenomeni

Akut intrinsik değişiklikler

- Trombüs
- Diseksiyon
- Vazospazm
- Rüptür (hemoperikardiyum veya tamponad)

Kronik intrinsik değişiklikler

- Anevrizma formasyonu
- Vasküler kalsifikasyon

İnfektif endokardit

Aritmi

Mediastinal kompresyon

Özetle;

- KAF nadir görülen, genellikle asemptomatik seyreden fakat patofizyolojik olarak ciddi kardiyak komplikasyon riski taşıyan hastalıklardır.
- TÖE; KAF tanısında yüksek duyarlılığa sahip, düşük maliyetli ve uygulanabilir bir görüntüleme testidir.
- Koroner BT anjiyografi fistül tanı ve tedavi kararında önerilen tanı yöntemidir.
- Stres ile indüklenen görüntüleme testleri ile miyokard iskemi varlığının tespiti tedavi kararı için anahtar bilgi verir.
- Semptomatik, büyük veya komplike olmuş KAF için kapatma önerilir.
- Cerrahinin yanı sıra, tecrübeli merkez ve uygun vakalarda perkütan kapatma teknikleri kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Lim JJ, Jung JI, Lee BY, Lee HG. Prevalence and types of coronary artery fistulas detected with coronary CT angiography. AJR Am J Roentgenol. 2014; 203:237-43.
2. Luo L, Kebede S, Wu S, Stouffer GA. Coronary artery fistulae. Am J Med Sci. 2006; 332:79-84.
3. Reddy G, Davies JE, Holmes DR, Schaff HV, Singh SP, Alli OO. Circulation: Cardiovascular Interventions. 2015;8: e003062
4. Baumgartner H, Backer JD, Babu-Narayan SV, Budts W and et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. Eur Heart J. 2021; 42:563-645.
5. Staut KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA and et al. 2018 AHA/ACC Guideline for Management Adults with Congenital Heart Disease: A report of the ACC/AHA Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2019; 2:e698-e800.