

Koroner Arter Fistülünün Koil İle Başarılı Bir Şekilde Kapatılması: Olgu Sunumu

Mustafa Ferzeyn YAVUZKIR^a, Mehmet AKBULUT, Zülfiye KUZU

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Koroner arter fistülleri, koroner arter çıkış anomalilerinden sonra, ikinci sıklıkta görülen anomalilerdir. Bu olguların tedavisinde perkütan transkateter girişim ile embolizasyon veya cerrahi yöntemler uygulanır. Bu makalede 2,5 mm çapında bir koroner arter fistülüne koil konulan başarılı bir olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Koroner arter fistülü, Koil, Kroner anomali

ABSTRACT

A Successful Transcatheter Embolization of Coronary Artery Fistula with Coil: A Case Report

Coronary artery fistulas are the second commonly seen coronary anomaly following the outlet abnormalities of coronary arteries. Transcatheter embolization or surgical methods are implemented as therapeutic methods. In this report a successful case, in which coil was placed in a transcatheter embolization of a fistula with a diameter of 2,5 mm was presented.

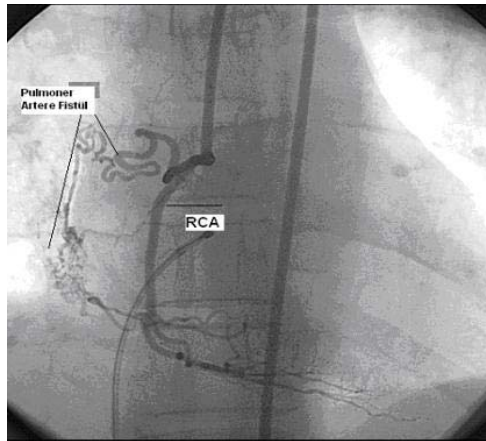
Key words: Coronary artery fistul, Coil, Coronary anomaly

Koroner arter fistülleri (KAF) koroner arter çıkış anomalilerinden sonra, ikinci sıklıkta görülen koroner arter anomalilerdir (1). Bu anomaliler genellikle arteriovenöz fistül şeklinde, pulmoner turunkus veya sağ kalp boşlukları ile bağlantı kuran doğumsal anomalilerdir (2). Olguların bir kısmı asemptomatik iken, diğerleri kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, endokardit, ventriküler taşikardi ve fistül rüptürü gibi sebeplerle kliniğe müracaat ederler (3). Bu olguların tedavisinde perkütan transkateter girişim ile embolizasyon veya cerrahi yöntemler uygulanır (4). Bu makalede kliniğimize göğüs ağrısı ile başvuran ve koroner anjiyografide 2,5 mm çapında bir fistüle koil konulan başarılı bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Kırk sekiz yaşında bayan hasta yaklaşık olarak 2 yıldır eforla gelen, sırtına yayılan göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyeti ile kliniğimize müracaat etti. Hipertansiyon dışında

Koroner risk faktörü yoktu. Fizik muayenede apikal-odakta yayılım göstermeyen 2/6 sistolik üfürüm dışında patolojik bulgu görülmedi. Egzersiz testinde, ST segmentinde 2 mm çökme ve göğüs ağrısı olması nedeniyle 3. evrede sonlandırıldı. Koroner anjiyografisinde Sol Koroner sistemin normal olduğu, Sağ Koroner Arterden Pulmoner Artere fistül izlendi (Resim 1).

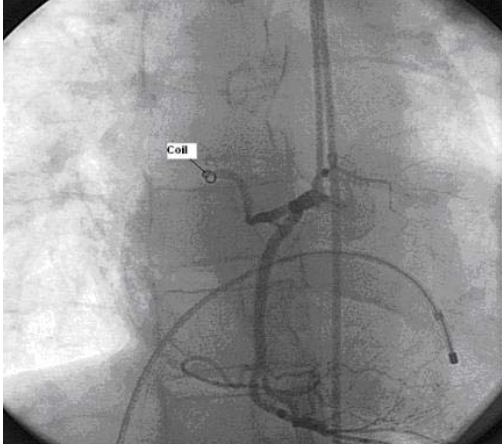


Resim 1. Sağ koroner arterden pulmoner artere fistül

Pulmoner arter basıncı 22 mmHg, PCWP:8 mmHg olarak ölçüldü. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu % 60 olarak hesaplandı. Hastaya işlem hakkında bilgi verilip, yazılı onamı alındıktan sonra sağ koroner arterin orifisine 6F Judkins sağ guiding kateter, geçici pace maker desteği altında yerleştirildi. 0.014 inch. Flopy guide wire ile fistüle olan artere girildi. Guide wire üzerinden BSC/Target 2-tip (Boston Scientific USA) infüzyon kateteri fistül bölgesine yerleştirildi. Proksimal çapı 3mm olan bir adet GDC coil (Boston Scientific USA) fistüle arterin distaline yerleştirildi. İşlemden hemen sonra çekilen Koroner anjiyografide fistül distal

^a Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Ferzeyn YAVUZKIR, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
Tel: 0 424 2333555
e-mail: mfyavuzkir@firat.edu.tr

akımı TIMI-III idi. 15 dakika sonra çekilen Koroner anjiyografide fistül tromboze ve distal akım TIMI-0 idi (Resim 2). Hasta 2. gün taburcu edildi. İkinci haftada maksimal egsersiz testi negatif olduğu görüldü.



Resim 2. İşlemden 15 dk sonra, koil tam tromboze, distal akım TIMI-0

TARTIŞMA

Koroner arter fistülleri koroner arter çıkış anomalilerinden sonra, ikinci sıklıkta görülen koroner anomalilerdir (1). En sık görülen semptom göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısının tam nedeni belli olmasa da en önemli mekanizması distal koroner çalma fenomenidir (4-5). Olgumuzda göğüs ağrısı olması ve efor testinde anlamlı derecede ST segment çökmesi KAF bağlı distal koroner çalma fenomenine bağlı olabilir. Koroner arter fistüllerinin spontan kapanması nadirdir (2-4). Olgular semptomatik olursa veya yaygın miyokard iskemisine neden oluyorsa cerrahi veya transkateter kapatılma önerilir (4). Perkütan girişim ile transkateter kapatılma hasta konforu açısından cerrahi girişime göre daha üstündür. Transkateter kapatılmada koil'in istenmeyen bir lokalizasyona embolisi önemli bir komplikasyondur (6). Bizim olgumuzda koil kullanımı ile hiçbir komplikasyon gelişmedi. Koroner arter fistüllerini kapatmada bırakılan Koil sayısı akut sonuçlara göre belirlenmektedir. Bu da kullanılan Koil sayısını artırmaktadır. Koil bırakıldıktan sonra bir süre bekleyip tromboze olduktan sonra kontrolünü yapmak daha uygundur. Bundan dolayı biz 15 dk bekleyip kontrol çekimlerini yaptık. Distal akım TIMI-0 olarak gördük.

Sonuç olarak, KAF anatomik olarak uygun olan vakalarda transkateter koil ile kapatılması etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. DC.Levin, K.E.Fellows and H.L.Abrams. Hemodynamically significant primary anomalies of the coronary arteries: angiographic aspects. Circulation 1978; 58: 25-34.
2. NC Gupta and J. Beauvais. Physiologic assesment of coronary artery fistula. Cil Nucl Med 1991; 16: 40-2.
3. KR Suzder, KG Balakrishnan, JA Tharakan et al. Coronary artery fistula in children and adults: a review 25 cases with long term observations. Int J Cardiol 1997; 58: 47-53.
4. M.G. Ramesh, C.V. Balendu et al. Coronary artery fistulas: Clinical and therapeutic considerations. Review. Int J Cardiol 2006; 107: 7-10.
5. I.W. Black, C Loo, R.M. Allan. Multiple Coronary artery left ventricular fistula. Cathet. Cardiovasc Diagn 1991; 23: 133-5.
6. G. Dorros, V. Thota, K. Ramireddy et al. Catheter based technigues for closure of Coronary fistulae. Cathet Cardiovasc Diagn 1999; 46: 151-2.

Gönderilme Tarihi: 23.05.2011