

Anomalous origin of all three coronary arteries from right aortic sinus

Üç koroner arterin sağ aortik sinüsten anormal çıkışı

Anomalous origin of all three coronary arteries from separate ostia within right aortic sinus is rarely encountered anomaly. A 60-year-old-man was admitted to our hospital with typical angina. Coronary angiogram revealed that all three coronary arteries arose from right coronary cusp. Right coronary artery arose from corresponding aortic sinus. But, left circumflex coronary artery took a course behind the atrioventricular valves and totally occluded proximally with TIMI 1 flow (Fig. 1). In addition, left anterior descending coronary artery coursed on the anterior wall of the right ventricular outflow tract (Fig. 2). The patient was remained mildly symptomatic after medical treatment at six-month follow-up.

**Hürkan Kurşaklıoğlu, Atila İyisoy, Turgay Çelik,
M.Tolga Doğru*, Sedat Köse**
Department of Cardiology, Gülhane Military
Medical Academy Hospital, Ankara
*Department of Cardiology, School of Medicine,
Kırıkkale University, Kırıkkale, Turkey

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Turgay Çelik,
Associate Professor of Cardiology,
Gülhane Military Medical Academy Hospital 06018 Etlik, Ankara, Turkey
Phone: +90 312 304 42 68 Fax: +90 312 304 42 50 E-mail: benturgay@yahoo.com



Figure 1. Left anterior oblique view showing anomalous left circumflex coronary artery with retroaortic course arising from right coronary sinus

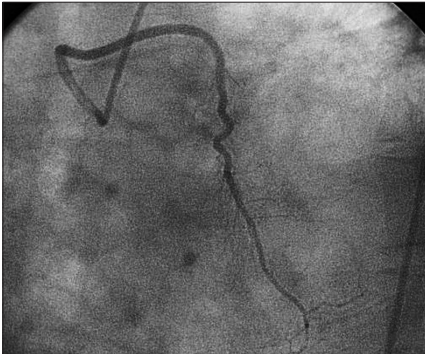


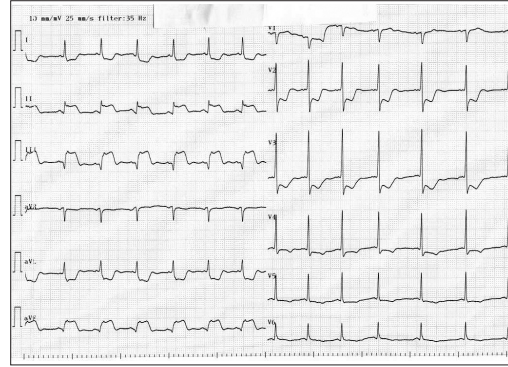
Figure 2. Left anterior oblique view demonstrating anomalous left anterior descending coronary artery with prepulmonic course arising from right aortic sinus

Spontan sağ koroner arter disseksiyonu

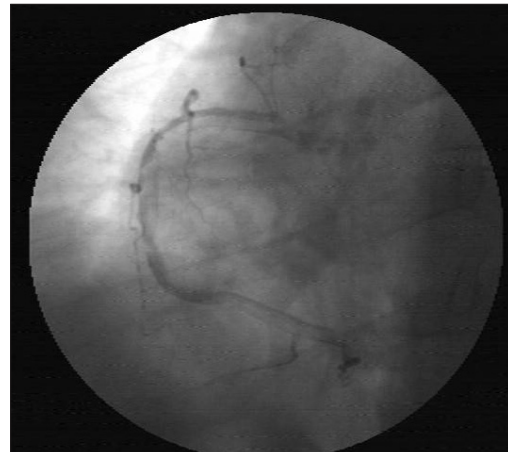
Spontaneous right coronary artery dissection

Elli iki yaşındaki erkek hasta, acil polikliniğe 5 saatir olan anginal vasıflı göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. Öyküsünden koroner arter hastalığı (KAH) için risk faktörü olmadığı öğrenildi. Başvurusu sırasında kan basıncı 100/60mmHg, nabız 86/dakika olup fizik muayenesi normaldi. Elektrokardiyografide D2-D3-aVF'de 4mm, V4R'da 1mm ST segment yükselmesi saptanması üzerine akut inferiyor ve sağ miyokard infarktüsü (MI) ön tanısıyla hospitalize edildi (Şekil 1). Hastaya 1.500.000Ü streptokinaz intravenöz infüzyonla uygulandı. Beraberinde aspirin, enoksaparin sodyum, atorvastatin, klopidogrel başlandı. Hastaya yatışının 4. gününde koroner anjiyografi yapıldı; sağ koroner arterin orifisinden başlayıp distale kadar uzanan disseksiyon saptandı, sol ön inen koroner arter ve sirkumfleks arter ise normaldi (Şekil 2, Video 1. Hareketli video görüntüler www.anakarder.com'da izlenebilir). Disseksiyonun uzun bir segmentte olması ve hastanın klinik durumunun stabil seyretmesi nedeniyle girişim yapılmadan medikal izlem kararı alındı. Disseksiyonla ilişkili olabilecek etyolojiye yönelik tetkiklerde patolojik bulguya rastlanmadı. Takibinde klinik olarak stabil seyreden hasta medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Spontan koroner arter disseksiyonu akut MI'nün nadir görülen bir nedenidir, ancak giderek artan sıklıkta bildirilmektedir. Spontan koroner



Şekil 1. Elektrokardiyogramda akut inferiyor ve sağ miyokard infarktüsü belirtileri



Şekil 2. Koroner anjiyografide sağ koroner arterin orifisinden başlayıp distale kadar uzanan disseksiyon görüntüsü

arter disseksiyonu hastalarında klinik, asemptomatik olabileceği gibi akut koroner sendrom, kardiyojenik şok veya ani kardiyak ölüm şeklinde olabilir. Spontan koroner arter disseksiyonu olgularının en önemli özelliği KAH için anlamlı bir risk faktörü taşımamasıdır. Spontan koroner arter disseksiyonunda disseksiyon arterin media ve adventisia tabakaları arasında ilerler ve yalancı lümen meydana gelir, yalancı lümenin oluştuğu intramural hematoma lümenin kompresyonuna ve/veya oklüzyonuna yol açar, bu durum koroner iskemi ile sonuçlanır. Spontan koroner arter disseksiyonu tanısı koroner anjiyografide, bir intima flebi ile ikiye ayrılan iki ayrı lümenin akım görülmesiyle konulmaktadır. Burada sunulan hastanın disseksiyon görüntüsü oldukça dikkat çekicidir.

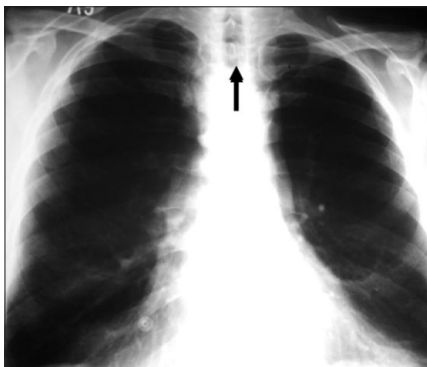
**Nermin Bayar, Özlem Özcan, Alper Canbay,
Sinan Aydoğdu, Erdem Diker**
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nermin Bayar,
Etlik Emlakbank Evleri Bağ evi sokak C2 Blok No: 34 Esentepe, Ankara, Türkiye
Tel.: 0312 323 42 95 E-posta: dr.nermin@mynet.com

Asemptomatik bir olguda çift arkus aorta

Double aortic arch in an asymptomatic patient

Altmış yedi yaşındaki erkek hasta atipik göğüs ağrısı ve halsizlik nedeniyle acil polikliniğimize başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen kardiyak yakınması olmayan hastanın göğüsündeki ağrı yaygın sıkıntı hissi şeklinde idi. Eforla ilişkisi olmayan ağrı ilk kez 3-4 ay kadar önce ortaya çıkmıştı. Monitör takibinde sinüs bradikardisi saptanan hasta takip amaçlı kardiyoloji kliniğine yatırıldı. Yapılan rutin tetkiklerinde akciğer röntgeninde mediasten genişliği dışında patoloji saptanmadı (Şekil 1). Hastaya yapılan koroner anjiyografi ve sol kalp kateterizasyonunda asandan aorta normal iken çift arkus aorta olduğu görüldü (Şekil 2, Video 1. Hareketli video görüntüler www.anakarder.com'da izlenebilir). Sağda trunkus brakioyosefalikusun bulunmadığı, karotis ve subklavyen arterlerin ayrı ostiyumlardan çıktığı saptandı. İnen aorta normal olarak değerlendirildi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide anjiyografideki bulguları destekler şekilde, trakeayı yanlardan ve arkadan saran, darlığa neden olmayan çift arkus aorta görünümü saptandı. Yapılan Holter kaydında ciddi bradikardi saptanmayan hasta, tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.



Şekil 1. Mediastende iki aortik arkusun arasından geçen trakea orta hatta (siyah ok) izlenmektedir.



Şekil 2. Aortografide arkus aortanın aynı büyüklükte iki parçadan oluştuğu, sağ arkusun yukarı yerleşimli olduğu ve sağ karotis ve subklavyen arterlerin ayrı ostiyumlardan çıktığı görülmektedir

Çift arkus aorta, sağ ve sol olmak üzere iki arkus aortanın bulunduğu konjenital bir anomalidir. Bazı olgularda arkuslardan biri atrezik ya da hipoplazik (özellikle sol) olabildiği gibi, arkus aorta iki eşit parçaya ayrılmış olarak da görülebilir. Çift arkus aorta çocukluk çağındaki olgularda genellikle trakea ve özofagus obstrüksiyonu nedeniyle saptanmaktadır. Düzeltme operasyonlarından sonra iyi prognozlidir. Erişkinlerde nadiren dispne veya yutma güçlüğüne neden olabilirken, olguların çoğu asemptomatiktir ve tesadüfen saptanırlar. İleri yaşlarda az sayıda asemptomatik olgu bildirimi bulunmaktadır. Bizim olgumuzda, trakea iki arkus arasından geçiyordu ve dispne gibi obstrüksiyon semptomları bulunmuyordu. Sağ ve sol arkus eşit büyüklükte izlenen olguda sağ arkus daha yukarı yerleşimli idi. Sağ karotis ve subklavyen arterler ayrı ostiyumlardan çıkıyordu.

Aysel Aydın Kaderli, Ali Rıza Kazazoğlu
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı,
Bursa, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Aysel Aydın Kaderli
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
16059 Görükle, Bursa, Türkiye Tel.: +90 224 4428819 Fax: +90 224 4428187
E-posta: aakaderli@uludag.edu.tr

Tetralogy of Fallot with anomalous origin of the left pulmonary artery from descending aorta

Fallot tetraloji'li bir olguda sol pulmoner arterin inen aortadan anormal orijini

Anomalous origin of one pulmonary artery from aorta with the contralateral branch arising from the right ventricle is a rare congenital anomaly. Anomalous origin of the right pulmonary artery from ascending aorta is more frequent as a distinct anomaly, than the left pulmonary artery, but the latter is more often associated with Fallot's tetralogy. Anomalous pulmonary artery branches usually arise from the ascending aorta.

A 2-year-old asymptomatic girl was referred for evaluation of a cardiac murmur. Echocardiographic study revealed the diagnosis of Fallot's tetralogy with a large perimembranous ventricular septum