

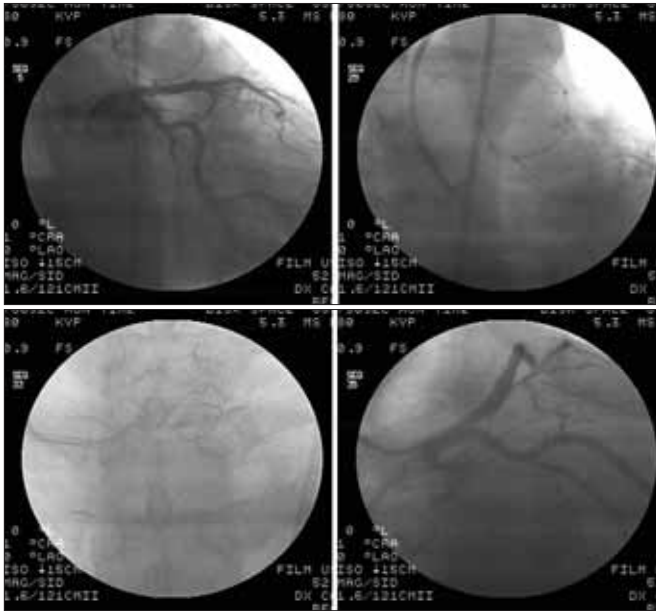
Yeniden giriş (reentry) halkası şeklinde koroner arter fistülünün yapıştırıcı enjeksiyonu ile kapatılması

Successful occlusion of reentry ring like coronary artery fistula with glue injection

Elli üç yaşında erkek hasta tipik göğüs ağrısı olması nedeniyle koroner anjiyografi yapılmak üzere kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyon ve 10 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde pulmoner odakta 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Elektrokardiyografisinde V4-V6 derivasyonlarında T negatifliği gözlemlendi. Koroner anjiyografisinde koroner arterler normal idi ve sol ön inen arterin proksimali ile pulmoner arter arasında yeniden giriş (reentry) halkasını andıran fistül saptandı (Resim 1A, 1B). Aynı seansta fistülün halka öncesindeki proksimal kısmına yapıştırıcı enjeksiyonu yapılarak fistül kapatıldı (Resim 1C, 1D).

Koroner arter fistülü epikardiyal koroner arter ile kardiyak boşluklar veya büyük damarlar arasındaki anormal bağlantıdır. Koroner arter fistülleri en sık görülen konjenital koroner arter anomalisi olup anjiyografik prevalansı % 0.1-0.2 arasında değişmektedir. Fistüller daha çok sol ön inen arter veya sağ koroner arterden köken alır. Hastaların çoğu asemptomatik olup nadiren kalp yetersizliği, angina, miyokard enfarktüsü, dispne, aritmi ve ani ölüm görülebilir.

Koroner arter fistüllerinin spontan olarak kapanması çok nadirdir. Tüm semptomatik hastalarda fistülün kapatılması önerilmektedir. Koroner fistül tedavisinde cerrahi ligasyon, coil embolizasyon, glue enjeksiyonu ve kaplı stent yerleştirilmesi gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir. Hastanın eşlik eden diğer hastalıklarının varlığına, fistülün çap ve yerleşimine göre tedavi seçimi bireyselleştirilir.



Resim 1. (A, B) Sağ anterior oblik kaudal pozisyonda sol ön inen arter proksimalinden köken alan fistül izlenmektedir, (C) Glue enjeksiyonu için halkanın proksimaline kateterin yerleştirilmesi, (D) Fistülün tamamen kapanmış olduğu izlenmektedir.

Murat Çaylı, Durmuş Yıldırım Şahin, Erol Akgül*, Mustafa Demirtaş Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji ve * Radyoloji Anabilim Dalları, Adana, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Murat Çaylı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
Tel: +90 322 338 60 60 Faks: +90 322 338 69 33
E-posta: drçayli@yahoo.com

Direct invasion of non-small cell lung cancer metastases to the right heart

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinin doğrudan invazyonla sağ kalbe metastazi

Metastatic tumors of the heart are reported at an incidence of about 0.6-10.7% at autopsy. A 64-year old male patient with complaints of progressive respiratory distress, and cough was admitted to our clinic. On physical examination, only remarkable finding was decreased respiratory sounds in the lower segments of the left hemithorax. Electrocardiography was normal. A mass in the lower lobe of the left lung and a closed right costophrenic sinus were detected on the posteroanterior chest X-ray (Fig. 1). Computed tomography (CT) of thorax revealed a lobulated, peripherally located, cavitary echogenic mass with a diameter of 7x6x8 cm in the posterior segment of the lower left lung, a subpleurally located nodular mass with a diameter of 5x6 cm and a lymphadenopathy with a diameter of 1.5 cm in the paraaortic region. Bronchoscopic biopsy revealed non-small cell cancer. Transthoracic echocardiography revealed enlargement of right heart chambers, moderate pericardial effusion containing fibrin bands in front of the right ventricle and apical region without any pressure sign, severe tricuspid regurgitation, a 4x5 cm diameter echogenic mass in right ventricle (Fig. 2). Significant pleural effusion was detected during the examination carried out below the left scapula and a 7x10 cm echogenic mass protruding with a pedicle to the heart was observed (Fig. 3).



Figure 1. Posteroanterior chest X-ray view of a huge mass in the lower lobe of the left lung and closed right costophrenic sinus