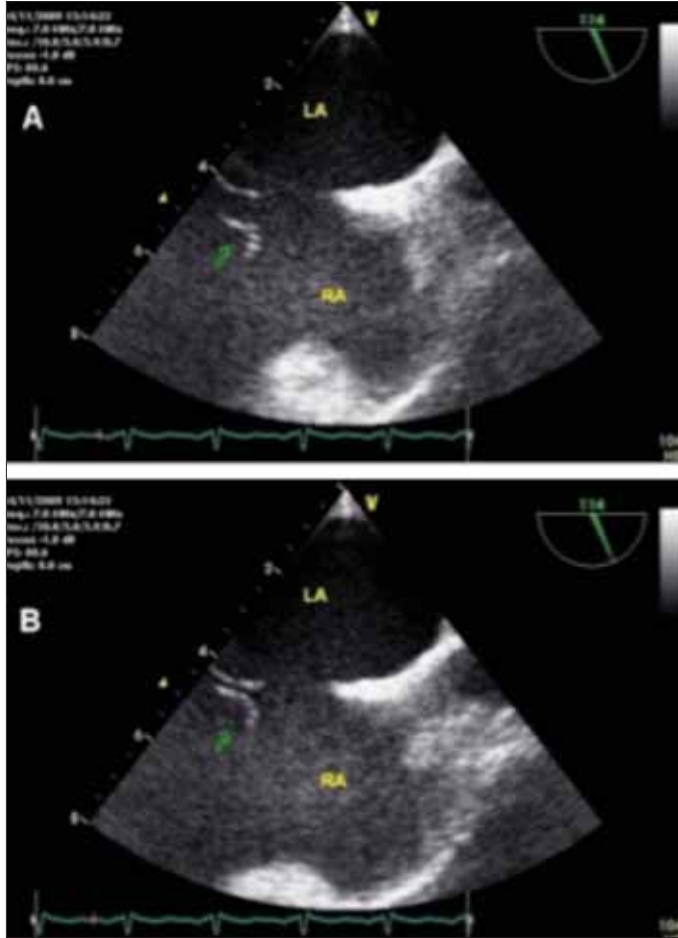
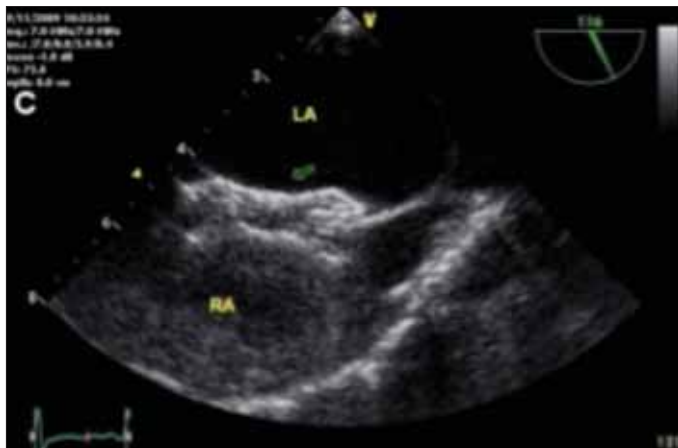


the junction of the inferior vena cava and the right atrium. Every conceivable maneuver was made to free the tip from the Chiari network, including twisting and turning. The introducer was pulled out finally with forceful traction. On removal, Chiari network tissue was seen adhering to the tip of the guide wire (Fig. 3). Pericardial effusion was not observed after the intervention and the patient was discharged



**Figure 1 A-B. Transesophageal echocardiographic images showing ASD and prominent Chiari network (arrows)**  
ASD - atrial septal defect, LA - left atrium, RA - right atrium



**Figure 2. Transesophageal echocardiographic image showing implanted closure device (arrow)**  
LA - left atrium, RA - right atrium



**Figure 3. Introducer wire of the closure device demonstrating a part of Chiari network on the tip of the wire**

uneventfully. This case highlights that prominent Chiari networks can be problematic during percutaneous ASD closure interventions, and entrapment of the introducer wire can be prevented by positioning Mullin's sheath more proximal to the wire tip while rotating the wire.

**Alper Aydın, Tayfun Gürol, Mustafa Serdar Yılmaz, Bahadır Dağdeviren**  
Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Maltepe University, Istanbul, Turkey

**Address for Correspondence/Yazışma Adresi:** Dr. Alper Aydın  
Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Maltepe University, 34843  
Maltepe, Istanbul, Turkey  
Phone: +90 216 545 60 85 Fax: +90 216 383 02 71  
E-mail: dralperaydin@gmail.com  
**Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 01.03.2011

©Telif Hakkı 2011 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com) web sayfasından ulaşılabilir.  
©Copyright 2011 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com)  
doi:10.5152/akd.2011.047

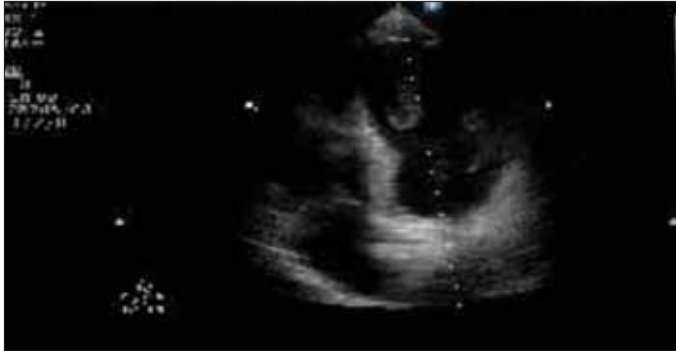
## Korunmuş sol ventrikül sistolik fonksiyonlu bir olguda gelişen sol ventriküler apikal trombüs

*Left ventricular apical thrombus formed in a case with preserved left ventricular systolic function*

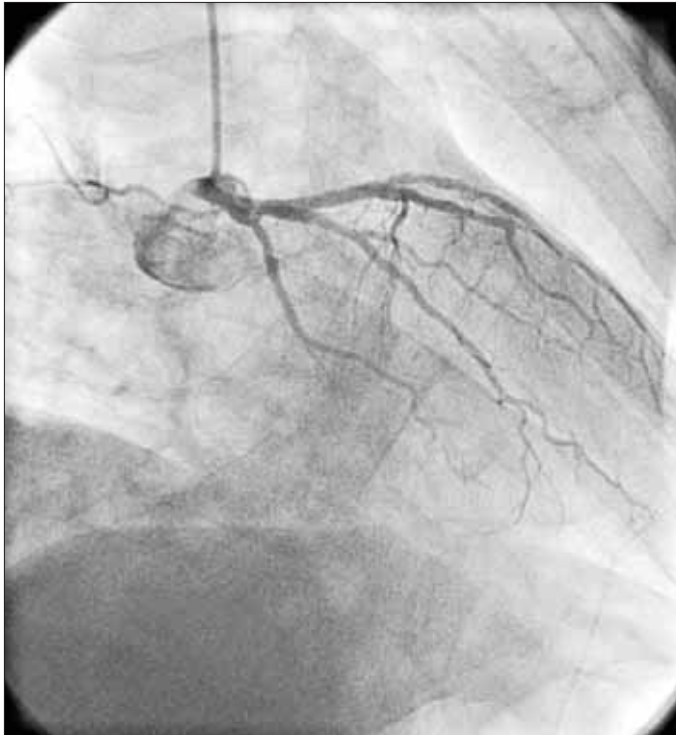
Intrakardiyak kitlelerin bir kısmını trombüsler oluşturmaktadır. Özellikle kalbin sol boşluklarında yer alan trombüsler sistemik tromboembolilere neden olması nedeniyle önemlidir. Sol ventrikül içinde trombüs oluşumuna, erişkinlerde miyokart enfarktüsü, ventriküler anevrizma, konjestif kalp yetmezliği ve dilate kardiyomyopati gibi ventrikül disfonksiyonuna neden olan durumlarda sıklıkla rastlanır. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi sol ventrikül fonksiyonlarının korunduğu ve duvar hareketlerinin normal olduğu durumlarda görülmesi olağan değildir.

Yetmiş bir yaşında erkek hasta, alt ekstremitte iskemisi nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde, tekrarlayan sistemik embolilerinin (transiskemik atak, alt ekstremitte embolisi, mezenter arter embolisi) olduğu öğre-

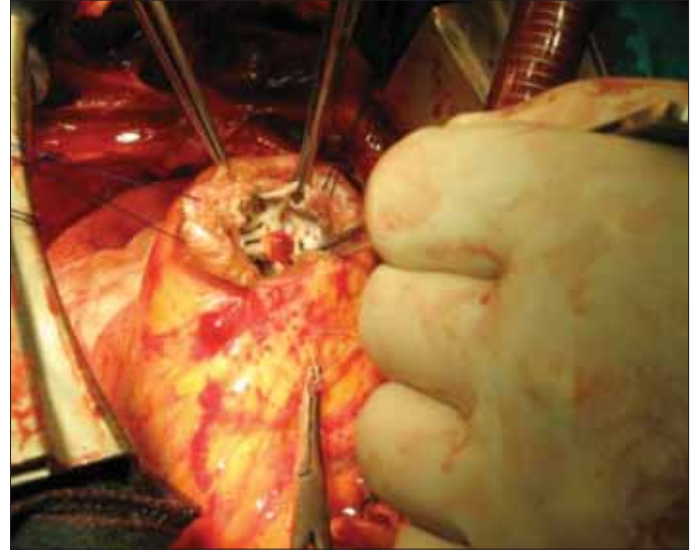
nildi. Tekrarlayan tromboemboli etiolojisini araştırmaya yönelik transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Sol ventrikül fonksiyonları ve duvar hareketleri normaldi. Sol ventrikül apeksinde 3.5x1.4 cm boyutlarında, saplı ve hareketli, heterojen görümlü kitle tespit edildi (Şekil 1, Video 1. Video/hareketli görüntüler [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com)'da izlenebilir). Trombolitik tedavi uygulanması açısından yüksek risk faktörleri bulunması (yaşlı ve serebrovasküler hastalık öyküsü), nedeniyle cerrahi ile kitle eksizyonu planlandı. Anjiyografide sol ön inen arterin 1. diyagonal (D1) sonrası önemli darlık yapmayan musküler köprüleme, D1 başında %50 darlık mevcuttu (Şekil 2). Kalp Damar Cerrahisi Kliniği tarafından kardiyopulmoner baypas altında sol ventrikülotomi yoluyla apikal kitle eksizyonu yapıldı (Şekil 3). Patolojisi aterom plağı üzerine yerleşimli trombüs olarak yorumlandı. Hiperkoagülabiliteye neden olabilen herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Sol ventrikül fonksiyonlarının korunduğu durumlarda da sol ventrikül kavitesinde trombüs görülebilir. Komplikasyonları önlemek açısından erken dönem trombolitik veya cerrahi tedavi uygulanmasının katastrofik sonuçları önleyeceği kanaatindeyiz.



Şekil 1. Transtorasik ekokardiyografide, apikal 4 boşluk görüntüde sol ventrikül apeksinde kitle görünümü



Şekil 2. Koroner anjiyografide sağ kaudal görüntüde sol ön inen ve sol sirkumfleks arterlerin görünümü



Şekil 3. Sol ventrikül apeksindeki kitlenin operasyon esnasındaki görüntüsü

Gülây Özkeçeci, Hüseyin Dursun, Cevdet Koçoğulları\*,  
Erkan Borazan, Ersel Onrat  
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji ve  
\*Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalları, Afyonkarahisar, Türkiye

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Gülây Özkeçeci  
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar, Türkiye  
Tel: +90 272 246 33 33 Faks: +90 272 246 25 27  
E-posta: gulayozkececi@yahoo.com

**Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 01.03.2011

©Telif Hakkı 2011 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com) web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2011 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com)  
doi:10.5152/akd.2011.048

## Interrupted aortic arch with intact ventricular septum: a multidetector CT angiography evaluation

*Ventriküler septumun intakt olduğu kesintili arkus aorta: Çok detektörlü BT anjiyografi ile değerlendirme*

Interrupted aortic arch with intact ventricular septum is a rare severe congenital heart defect defined as a complete loss of luminal and anatomic continuity between ascending and descending aorta without ventricular septal defect. A 8-year-child referred to our center for cardiac operation from Irak. Preoperative echocardiographic evaluation showed enlarged left ventricular dimension is and severely diminished systolic function. Aortic valve was found to be bicuspid with mild gradient. Aortic arcus was interrupted below the left subclavian artery. Large patent ductus arteriosus was established to be supplying the descending thoracic aorta. The patient underwent the heart catheterization for the hemodynamic study. Pulmonary artery pressure was measured to be 80 mmHg and resistance- 17.4 WU. However, angiography failed to show aortic arch and vascular structure. Multidetector computed tomography angiography (MDCTA) showed interruption of the