

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.

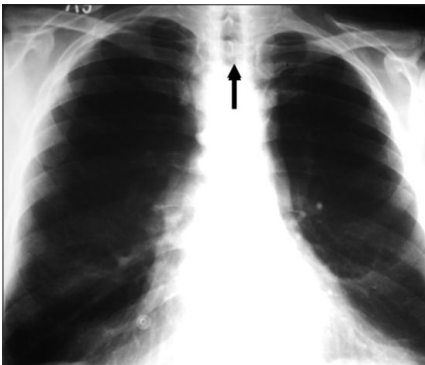
**Nermin Bayar, Özlem Özcan, Alper Canbay,
Sinan Aydoğdu, Erdem Diker**
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nermin Bayar,
Etilik Emlakbank Evleri Bağ evi sokak C2 Blok No: 34 Esertepe, 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 prognozludur. 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

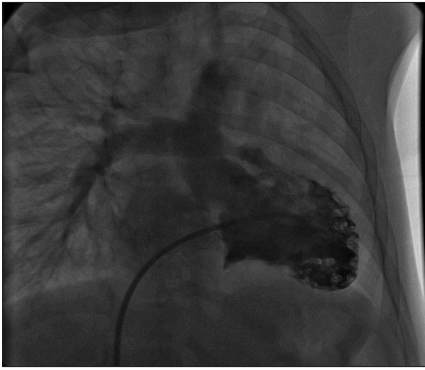


Figure 1. Cineangiogram of the right ventricle in cranio-caudal view shows right ventricle, aorta, the right pulmonary artery and the absence of left pulmonary artery

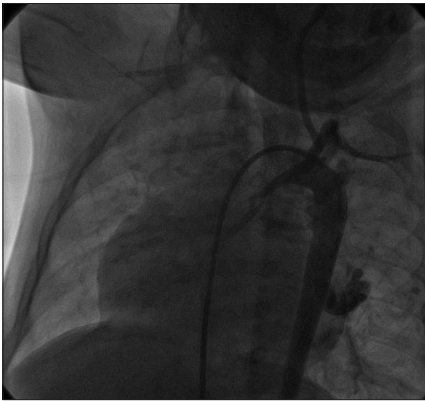


Figure 2. Aortogram in left anterior oblique view. Left pulmonary artery branch is arising from descending aorta (arrow)

defect, anterior deviation of outlet septum with 50% aortic override and marked infundibular stenosis. The left pulmonary artery branch could not be detected in standard parasternal short axis view and it was arising from descending aorta. The right ventriculogram showed simultaneous visualization of both pulmonary arteries, overridden aorta from right ventricle, infundibular stenosis, normally located right pulmonary artery and absence of normal bifurcation of pulmonary trunk and left pulmonary artery (Fig. 1, Video 1. See corresponding video images at www.anakarder.com). Aortic root angiography revealed the well-developed left pulmonary artery arising from descending aorta (Fig. 2, Video 1. See corresponding video images at www.anakarder.com).

Anomalous origin of the pulmonary artery is a rare entity, usually associated with Fallot's tetralogy and the left branch is more commonly affected. In our patient the left pulmonary artery was arising from descending aorta instead of ascending aorta.

Accurate diagnosis in early infancy is mandatory and delay in recognition may result in fatal pulmonary vascular disease.

Nazlıhan Günel, Kemal Baysal, Metin Sungur, Pelin Hacıömeroğlu
Department of Pediatric Cardiology, Ondokuz Mayıs University
Children's Hospital, Samsun, Turkey

Address for Correspondence/Yazışma adresi: Dr. Nazlıhan Günel
Ondokuz Mayıs University, Children's Hospital
Department of Pediatric Cardiology, Kurupelit, Samsun, Turkey
E-mail: ngunal@omu.edu.tr

The missing diagnosis in patients with wide QRS complex tachycardia: WPW syndrome with atrial fibrillation

Geniş QRS taşikardi'li hastalarda gözden kaçan tanı: Atriyal fibrilasyon'un eşlik ettiği WPW sendromu

Wolf-Parkinson-White (WPW) syndrome patients with atrial fibrillation (AF) can be misdiagnosed because of their rare incidence. Ventricular tachycardia and supraventricular arrhythmias are more frequently came to mind in differential diagnosis. For this reason, we present a case with WPW admitted to emergency service with wide QRS complex tachycardia. A 50-year-old male patient with no significant medical history was admitted to emergency service complaining with palpitation and retrosternal burning sensation lasting for 3 hours without relief. On admission, the electrocardiogram (ECG) showed a wide QRS complex tachycardia. His blood pressure was 120/80 mmHg. He was conscious, his general situation was good and physical examination was normal except tachycardia. He was accepted to coronary intensive care unit with the diagnosis of acute coronary syndrome and ventricular tachycardia according to his physical examination and typical ischemic chest pain. During follow-up, he became hemodynamically unstable and unconscious. He was electrically cardioverted with energy of 200 joules. After cardioversion, ECG revealed

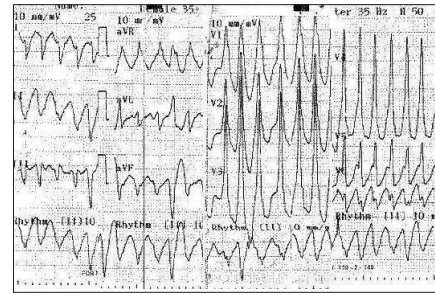


Figure 1. The admission electrocardiogram

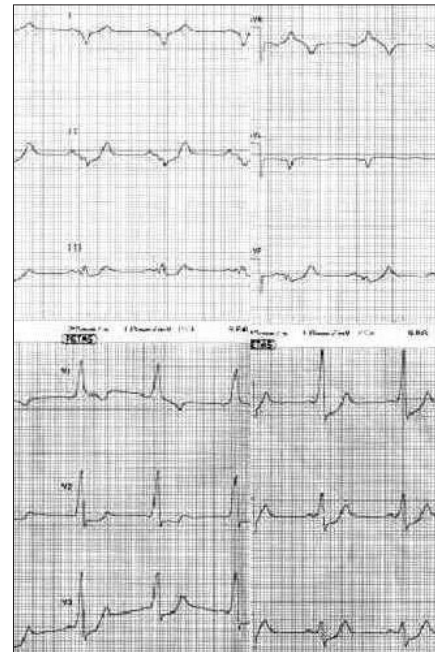


Figure 2. Electrocardiogram after cardioversion