

"Persistent" Sol Süperior Vena Cava ve Sağ Süperior Vena Cava Total Atrezisinin Birlikte Olduğu bir Olguda Kalıcı Pacemaker İmplantasyonu

Dr. Ömer Göktekin, Dr. Mehmet Melek

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

"Persistent" sol süperior vena cava (PSSVC) en sık rastlanan intratorasik venöz anomalisidir (1). Bununla beraber, başka bir kardiyak anomali olmaksızın sağ süperior vena cavanın total atrezisiyle birlikte bulunması son derece nadirdir (2). Biz böyle bir olguda yaptığımız başarılı VDD kalıcı pacemaker implantasyonu ile hemen her zaman asemptomatik seyreden bu anomaliye vurgulamak istiyoruz.

Yetmiş yedi yaşında erkek hasta, tekrarlayıcı senkop ve atriyoventriküler tam blok nedeniyle başka bir merkezde yatırılmış. Her iki subklavian venden denendiği halde kalıcı pacemaker lead'i sağ ventriküle ilerletilemediği için sağ femoral venden geçici pacemaker yerleştirilip, venöz anomali düşünülerek hasta kliniğimize sevk edildi. Kalıcı pacemaker implantasyonu öncesi yapılan üst ekstremité venografisinde sağ süperior vena cavanın total yokluğunun eşlik ettiği, dilate olmuş koroner sinüs yoluyla sağ atriyum açılan PSSVC tesbit edildi (Şekil 1,2). Sol subklavian ven ponksiyonu yapılarak VDD lead koroner sinüs yoluyla sağ atriyum ilerletildi. Koroner sinüs ostiyumu ile triküspit kapağın arasındaki açıklık çok keskin olduğu için Hsiao (3) tarafından tarif edildiği şekilde, sağ atriyumda loop yapılarak sağ ventriküle geçildi ve daha sonra lead apekse ilerletildi (Şekil 3, 4). R dalga amplitüdü 18 mV, impedans 846 Ohm, uyarı eşik değeri 0.6 saptandığı için lead o bölgeye implante edildi. Bir hafta sonra atriyal septal defekt gibi olası diğer kardiyak anomalileri ekarte etmek için hastaya transözefajial ekokardiyografi yapıldı. Transözefajial ekokardiyografide belirgin koroner sinüs dilatasyonu gözlemlendi, her iki koldan yapılan ajite salin infüzyonuyla önce koroner si-

nüs sonra sağ atriyum opasifikasyonu ile PSSVC tanısı desteklendi (Şekil 5). Ayrı bir sağ süperior vena cava görülemedi.

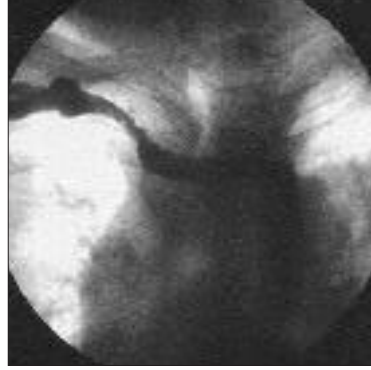
PSSVC normal kalplerde %0.5 sıklığında görülürken, konjenital kalp hastalığı olanlarda %3-10 civarında saptanmaktadır (1). Olguların %10-15'inde birlikte sağ süperior vena cava yokluğu eşlik etmektedir. Bu hastalarda kalıcı pacemaker implantasyonu yapılırken, lead manüplasyonu daha kolay olduğu için sol subclavian ven kullanılmalı, lead'in ventriküle ilerletilmesi koroner sinüs ostiyumu ile triküspit kapak arasındaki keskin açı nedeniyle zor olduğu için atriyum içinde loop yapılarak ventriküle girilmesi düşünülmelidir. PSSVC çoğunlukla asemptomatik olduğundan pacemaker implantasyonu yada invaziv basınç ölçümü sırasında rastlantı sonucu ortaya çıkar. Kalıcı yada geçici pacemaker lead'i yerleştirirken lead'in vertebranın solundan aşağıya inmesi PSSVC'yı aklı getirmelidir. Ayrıca rutin transtorasik yada transözofajial ekokardiyografi incelemesi sırasında belirgin genişlemiş koroner sinüs görülürse mutlaka üst ekstremité venlerinden ajite salin injekte ederek PSSVC aranmalıdır.

References

- 1) Campbell M, Deuchar DC. The left sided-süperior vena cava. Br. Heart J 1954; 16: 426-39.
- 2) Nsah EN, Moore GW, Hutchins GM. Pathogenesis of persistent left süperior vena cava with a coronary sinus connection. Pediatric Path 1991; 2: 261-9.
- 3) Hsiao HC, Kong CW, Wang JJ. Right ventricular electrode implantation via a persistent left süperior vena cava. An improved technique. Angiology 1997; 48: 919-23.



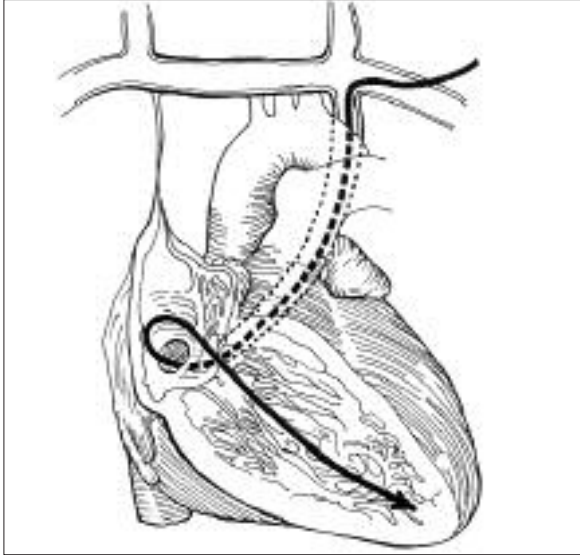
Şekil 1. Normal bir hastada süperior vena cava lokalizasyonu.



Şekil 2: Olgumuzdaki persistent sol süperior vena cavanın anjiyografik görünümü. (sağ antekübital ven injeksiyonu ile)



Şekil 3: Peristent sol süperior vena cava ve koroner sinüs yoluyla pace-maker lead'inin sağ ventriküle yerleşimi.



Şekil 4: Lead yerleşiminin şematik gösterimi (Resim hemşire Nadiye Günaydın tarafından Belott PH. Unusual access site for permanent cardiac pacing. In Barold SS, Mugica J, editors. Recent advances in cardiac pacing. New York: Futura Co; 1998. p. 169 şemadan adapte edilerek çizilmiştir).



Şekil 5: Dilate koroner sinüs ve lead pozisyonunun transözofajiyal ekokardiyografiyle gösterilmesi