

KAPAKTAKİ RESİMLER

KORONERO-PULMONER FİSTÜL

48 yaşında erkek hasta polikliniğimize ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yaklaşık 2-3 yıldır prekordial bölgeden başlayıp sol kola yayılan, 5-10 dk. Süreli, sıkışma şeklinde, ancak eforla ilişkisi olmayan göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu. Göğüs ağrısı dışında başka bir yakınması yoktu. Olygu yaklaşık 7-8 yıldır nöroloji bölümünce alkolik nöropati tanısı ile takip ediliyordu. Son 30 yıldır 1 paket/gün sigara içim öyküsü mevcuttu. Sürekli kullandığı herhangi bir ilaç yoktu. 56 yaşındaki erkek kardeşinin geçen yıl miyokard infarktüsü geçirmesi dışında soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde, kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 72 / dk. Solunum sayısı: 16 dak. İdi. Baş boyun muayenesinde özellik yoktu. Kalp ritmikti, ek ses ve üfürüm duyulmadı. Solunum sistemi muayenesi normaldi. Karın muayenesinde karaciğer dalak nonpalpabl, traube açıktı. Elektrokardiyografi ve akciğer grafisinde belirgin özellik yoktu. Rutin biyokimya tahlillerinde kolesterolün 274mg/dl ve HDL'nin 23 mg/dl olması dışında

anormal değer yoktu. Hastaya yapılan efor testi şüpheli pozitif olarak yorumlandı. Göğüs ağrısının varlığı ve risk faktörlerinin çok olması dolayısıyla ile koroner anjiyografisi yapıldı.

Koroner anjiyografide kritik lezyon gözlenmedi. Ancak koroner fistül tespit edildi. Fistül lokalizasyonu için yapılan ekokardiyografide renkli Doppler ile ana pulmoner artere doğru akım tespit edildi. Pulmoner arter dilate görünümdeydi (32mm). Hasta kabul etmediği için transözefageal ekokardiyografi yapılamadı. Sağ kateterde sağ atrium basıncı 12/4/1 mmHg, O₂ satürasyonu % 68, sağ ventrikül basıncı 32/1 mmHg, O₂ satürasyonu %71, pulmoner arter basıncı 28/14/6 mmHg, O₂ satürasyonu % 76 saptandı. Miyokard perfüzyon sintigrafisinde bazal septal duvarda iskemi tespit edildi. Hastaya tıbbi takip kararı alındı.

Dr.Ömer GÖKTEKİN
Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kardiyoloji ABD Eskişehir