

contrast material. The average heart rate during the scan was 95 beats/min. No beta blocker was administered. Multiplanar reconstruction images showed three aneurysms; one in the distal LMCA, one in the mid-distal left anterior descending artery and the other one in the mid RCA (Fig. 1-4, Video 1. See corresponding video/movie images at www.anakarder.com). There was a striking fibrointimal proliferation in the RCA aneurysm causing luminal stenosis (Fig. 1, 2 ). No pericardial, myocardial or endocardial pathology was detected.

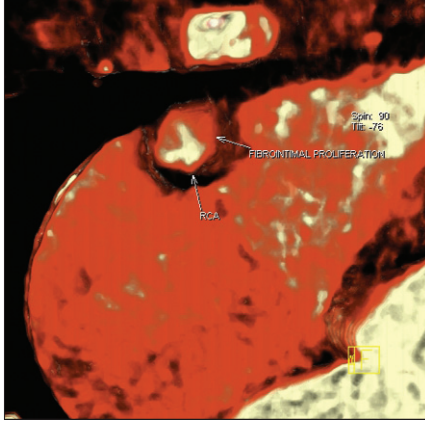


Figure 1. A volume rendered (VRT) axial 3D image showing the aneurysm in cross section and luminal stenosis with fibrointimal proliferation inner side (orange color) leaving a small lumen (white color)

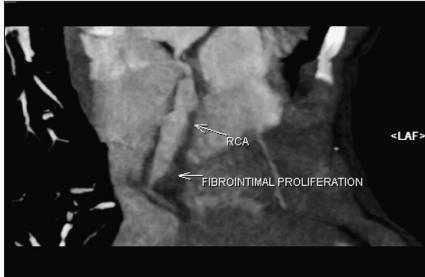


Figure 2. A long-axis multiplanar image revealing the RCA aneurysm together with the intimal proliferation inner side

RCA- right coronary artery

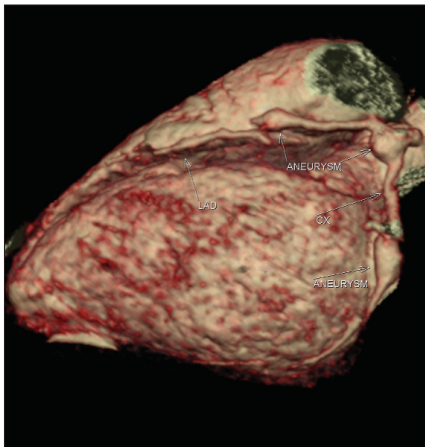


Figure 3. A 3D volume rendered image showing the LMCA, LAD and CX aneurysms

LAD- left anterior descending artery, LMCA- left main coronary artery, CX- left circumflex artery

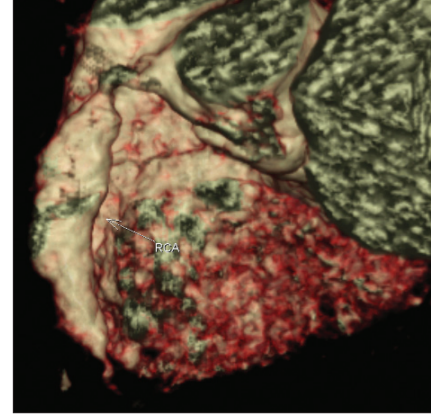


Figure 4. A 3D volume rendered image showing the RCA aneurysm

RCA- right coronary artery

Serkan Gelmez, Arda Saygılı\*, Ercan Tutar\*\*, Muzaffer Olcay Çizmeli  
From Departments of Radiology and \*Pediatric Cardiology,  
Acıbadem Hospital, İstanbul  
\*\*Department of Pediatric Cardiology, Faculty of Medicine,  
Ankara University, Ankara, Turkey

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Dr. Serkan Gelmez  
Tekin Sok. No 111 Kadıköy İstanbul, Turkey  
Phone: +90 216 544 43 44 Mobile: + 90 542 288 40 27 E-mail: sergelmez@yahoo.com

## İlginç bir koroner arter fistülü olgusu: Diyagonal arter, sirkumfleks arter ve sağ koroner arter ile sol ventrikül arasında fistüller

*An interesting case of coronary artery fistula: diagonal artery-, left circumflex artery-and right coronary artery to left ventricle fistulas*

İlk kez 1865 yılında Krauze tarafından tanımlanan ve sıklığı %0.13 olarak bildirilen koroner arter fistülleri, koroner arterler ile kalp boşlukları, büyük damarlar (pulmoner arter, bronşiyal arter) veya diğer vasküler yapılar (mediyastinal damarlar, koroner sinüs) arasındaki anormal bağlantılardır.

Koroner arter fistüllerinin yaklaşık %50'sinin sağ koroner arterden, %42'sinin sol koroner arterden, %5'inin her iki koroner arterden kaynaklandığı, en sık sağ ventriküle (%41), sağ atriyuma (%26) ve pulmoner artere (%17), seyrek olarak da koroner sinüse (%7), sol atriyuma (%5) ve sol ventriküle (%3) açıldığı bildirilmiştir. Yaptığımız literatür taramasında aynı hastada üç koroner arterden sol ventriküle fistül hiç bildirilmemiştir.

Hipertansiyon ve diyabetes mellitus nedeni ile takipte olan 76 yaşında bayan hasta, stabil angina pectoris nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede arteriyel kan basıncı 130/80 mm Hg, nabız sayısı 72 atım/dakika, düzenli idi. Apekte ve sol 3.-4. interkostal aralıkta 2/6 şiddetinde devamlı üfürüm tespit edildi. Diğer sistem muayenelerinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Laboratuvar değerlerinde, telekardi-yografide ve ekokardiyografide anormal bulgu saptanmadı. Elektrokardiyografide sinüs ritmi, V 4-6 derivasyonlarında ST depresyonu izlendi. Efor testi pozitif bulunması üzerine yapılan koroner anjiyografide diyagonal

arter (Şekil 1), sirkumfleks arter (Şekil 2) ve sağ koroner arter (Şekil 3, Video 1. Video/hareketli görüntüler [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com)'da izlenebilir) ile sol ventrikül arasında fistül olduğu tespit edildi. Hastaya ileri yaş nedeni medikal takip kararı alındı.

**Yasin Türker, Selahattin Akçay, Mehmet Özaydın**  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

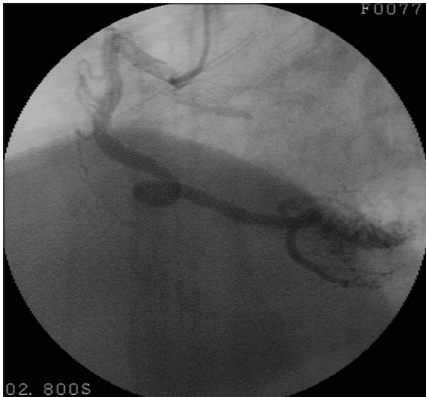
**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Yasin Türker  
Hızırbey M. 1519 S. No: 9 D: 3 32100 Isparta 32100 Isparta, Türkiye  
Tel: 0246 232 95 03/1125 Mobile: 0505 654 61 69 E-posta: dryasinturker@hotmail.com



**Şekil 1.** Diyağonal arter ile sol ventrikül arasındaki fistülün anjiyografik görüntüsü



**Şekil 2.** Sirkumfleks arter ile sol ventrikül arasındaki fistülün anjiyografik görüntüsü



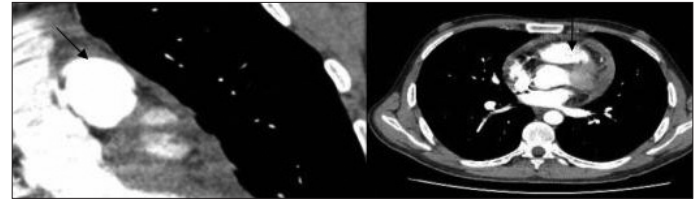
**Şekil 3.** Sağ koroner arter ile sol ventrikül arasındaki fistülün anjiyografik görüntüsü

## Ani ölümle sonuçlanan bir koroner arter anevrizması olgusu

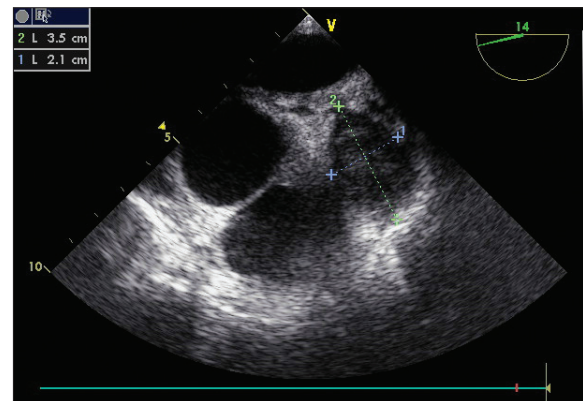
*A case of coronary artery aneurysm resulted in sudden death*

Koroner arter anevrizması nadir görülen bir anomali olup, damar çapında, komşu normal koroner arter segmentine göre 1.5 kat veya daha fazla genişleme olarak tanımlanır. Koroner arter anevrizmalarının anjiyografik insidansı %1.5-%4.9 olarak bildirilmiştir, en sık sağ koroner arterde ve erkek cinsten görülmektedir. Bilinen en sık neden ateroskleroz olup, Kawasaki hastalığı, bağ dokusu hastalıkları, otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar, konjenital nedenler, travma veya iyatrojen kaynaklı olabilir. Koroner arter anevrizmalarında stenoz olmadan da spazm, tromboz, distal embolizasyon ve spontan diseksiyon gibi sebeplerle anjina, akut miyokard enfarktüsü, kalp boşlukları içine veya perikard içine rüptür ve ani ölüm gelişebilir.

İki hafta önce bir hafta süren ateş, gece terlemesi ve batıcı karakterli göğüs ağrısı nedeniyle göğüs hastalıkları kliniği tarafından değerlendirilen 28 yaşındaki erkek hastanın çekilen torakal bilgisayarlı tomografisinde, koroner arter anevrizması olabilecek bir yapı (Şekil 1) izlenince kliniğimize refere edildi. Hastanın genel görünümü solgun ve kaşektik olup, iki hafta öncesine ait eritema nodosum hikayesi alındı. Özgeçmişinde bir yaşında iken, uzun süren ateşli bir hastalık öyküsü alındı. Vücut ısısı 37.2 °C, arteriyel kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 115/dk, kardiyak muayenesinde apikal 1/6 derece pansistolik üfürüm saptandı. Laboratuvar bulgularında Hb- 10.5 g/dl, beyazküre sayımı - 11300/µl, trombosit - 480000/µl, sedimentasyon - 70mm/sa, fibrinojen - 5.91g/l, DDimer - 1197 µl/l, C-reaktif protein - 17.0 mg/dl, HLA B5(-) ve HLA B27(-) olup, balgamda ARB(-), PPD(-) ve Paterji testi (-) saptandı. Elektrokardiyografide sinüzal taşikardi dışında, telekardiyografide de herhangi bir anormallik göze çarpmazken, transtorasik ekokardiyografide, minimal perikardiyal efüzyon ve ana pulmoner arter sol yan komşuluğunda 2.5x3.5 cm boyutlarında füziform şekilde bir yapı saptandı ve daha net bir değerlendirme için yapılan transözofajiyal ekokardiyografide,



**Şekil 1.** Torakal bilgisayarlı tomografi görüntüsü



**Şekil 2.** Sol ön inen koroner arter anevrizmasının transözofajiyal ekokardiyografik görüntüsü