

Mężczyzna z wrodzonymi licznymi przetokami lewej tętnicy wieńcowej do lewej komory serca

Multiple left descending artery fistulas drained into left ventricle – a case report

Paweł Burchardt¹, Dariusz Angerer², Andrzej Minczykowski³, Mieczysław Dziarmaga⁴, Henryk Wysocki³

¹ Katedra i Zakład Biologii i Ochrony Środowiska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

² Pracownia Badań Serca i Naczyń, Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

³ Katedra i Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

⁴ Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia, Szpital Kliniczny im. H. Świącickiego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

Abstract

We present a case of a 65-year-old male with multiple coronary artery fistulas draining into left ventricle.

Key words: congenital coronary artery fistulas

Kardiologia Polska 2008; 66: 972-973

Przetoką naczyń wieńcowych nazywamy każdy patologiczny przeciek z drenażem do innego naczynia lub jam serca. Przetoki naczyń wieńcowych są bardzo rzadkimi nabytymi lub wrodzonymi wadami naczyń wieńcowych, których częstość występowania waha się w granicach 0,2–0,4%. W literaturze światowej opisywane są pojedyncze przypadki tego typu anomalii, które u dorosłych mogą być asymptomatyczne i wykrywane są przypadkowo.

Opis przypadku

Chory 65-letni trafił do szpitala w celu wykonania planowanej koronarografii, dla ostatecznego rozpoznania choroby niedokrwiennej serca. Dodatkowym celem hospitalizacji miało być określenie ewentualnych przeciwwskazań do wykonania pozasercowego zabiegu operacyjnego w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

W trakcie poprzedniej hospitalizacji chory został dyskwalifikowany przez anestezjologa jako kandydat do leczenia operacyjnego żyłaków odbytu, z powodu podejrzenia choroby niedokrwiennej serca (zmiany w EKG o charakterze bloku prawej odnogi pęczka Hisa, płytkie ujemne załamki T w V_4 – V_5 , przetrwałe uniesienie odcinka ST w V_2 – V_3). Zalecono diagnostykę w kierunku duszniczy bolesnej w warunkach ambulatoryjnych.

W poradni kardiologicznej chorego poddano badaniu echokardiograficznemu, które nie wykazało istotnych odchyleń od normy (lewa komora – 47 mm, przegroda międzykomorowa i tylna ściana lewej komory – 10 mm, lewy przedsionek – 25 mm, aorta – 21 mm, niedomykalność zastawki mitralnej I stopnia, śladowa niedomykalność zastawki trójdzielnej, kurczliwość w normie, frakcja wyrzutowa 60%). W badaniu EKG wysiłkowym stwierdzono istotne deniwelacje w odprowadzeniach II, III, aVF i zalecono wykonanie badania koronarograficznego.

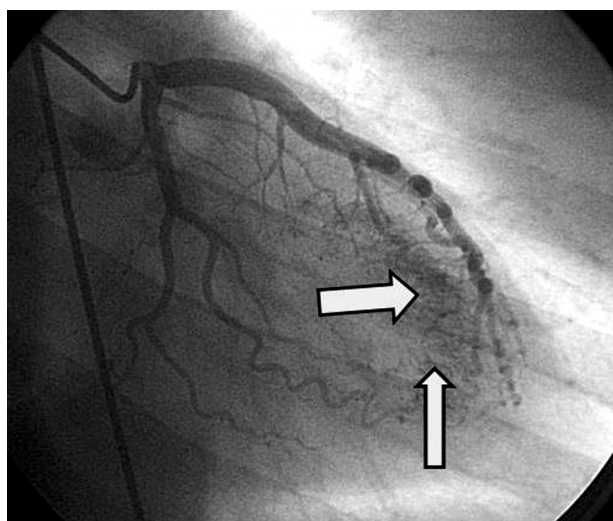
W trakcie pobytu chorego w naszym ośrodku w badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyleń od wartości referencyjnych. W chwili przyjęcia bez dolegliwości, w EKG blok prawej odnogi pęczka Hisa z dodatnimi załawkami T w V_2 , ujemne załamki T w II, III, aVF, V_4 – V_6 . Wynik badania echokardiograficznego był identyczny jak w trakcie diagnostyki ambulatoryjnej. W EKG metodą Holtera wykazano utrwalone zmiany odcinka ST, bez istotnych zaburzeń rytmu.

W badaniu angiograficznym tętnic wieńcowych stwierdzono drenaż kontrastu bezpośrednio do lewej komory (Rycina 1.). W wykonanym dodatkowo badaniu angio-CT obserwowano wzmożone wysycenie kontrastem ścian lewej komory w okolicy koniuszka, co odpowiadało licznym

Adres do korespondencji:

dr n. med. Paweł Burchardt, ul. Tarninowa 13, 62-002 Złotniki, tel.: +48 606 611 011, e-mail: pab2@tlen.pl

Praca wpłynęła: 24.03.2008. Zaakceptowana do druku: 26.03.2008.



Rycina 1. Angiogram tętnic wieńcowych – drenaż kontrastu do lewej komory



Rycina 2. Badanie angio-CT – wzmożone wysycenie kontrastem ścian lewej komory w okolicy koniuszka

drobnym przetokom do lewej komory (Rycina 2.). W badaniu scyntygraficznym, po obciążeniu stwierdzono nieznaczny spadek aktywności znacznika w koniuszku i w segmencie przykoniuszkowym ściany przedniej (odwracalny defekt perfuzji koniuszka i segmentu przykoniuszkowego ściany przedniej).

Piśmiennictwo

1. Sunder KR, Balakrishnan KG, Tharakan JA, et al. Coronary Artery Fistula in children and adults: a review of 25 cases with long-term observations. *Int J Cardiol* 1997; 58: 47-53.

2. Maddali MM, Mathews M. VPCs during pediatric noncardiac surgery leading to the diagnosis of a coronary artery fistula. *Paediatr Anaesth* 2006; 16: 97-8.
3. Mohanty SK, Ramanathan KR, Banakal S, et al. An Interesting Case of Coronary Cameral Fistula. *Ann Card Anaesth* 2005; 8: 152.
4. Liberthson RR, Sagar K, Berkoben JP, et al. Congenital coronary arteriovenous fistula. Report of 13 patients, review of the literature and delineation of management. *Circulation* 1979; 59: 849-54.