

Ἐπιμέλεια: Σπύρος Γ. Λάμπρου

## Ἐκτεταμένες ἀρτηριοφλεβώδεις ἐπικοινωνι- νίες ἀορτῆς, στεφανιαίων ἀγγείων καὶ πνευμονικῆς ἀρτηρίας μὲ συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου.

**Γεώργιος Ι. Παπαϊωάννου**

*Ἐπεμβατικὸς Καρδιολόγος, Ἱατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν*

**Νίκος Π. Μποντόζογλου**

*Ἀκτινολόγος, Ἱατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν*

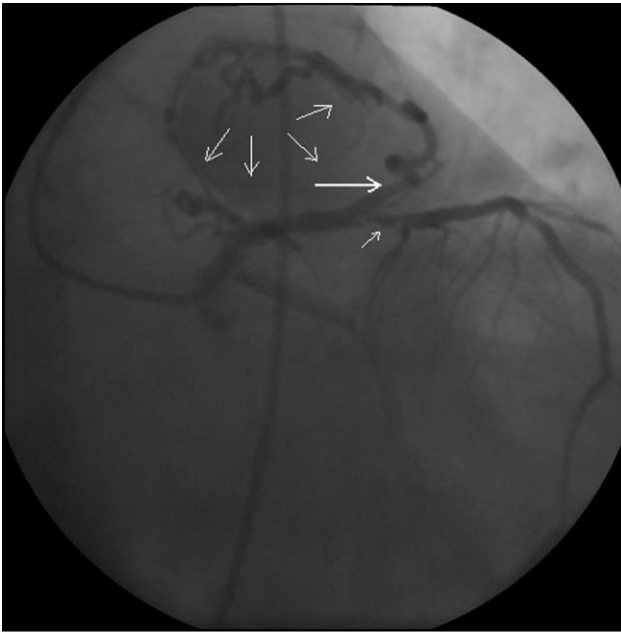
**Σπύρος Γ. Λάμπρου**

*Κλινικὸς Καρδιολόγος, Ἱατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν*

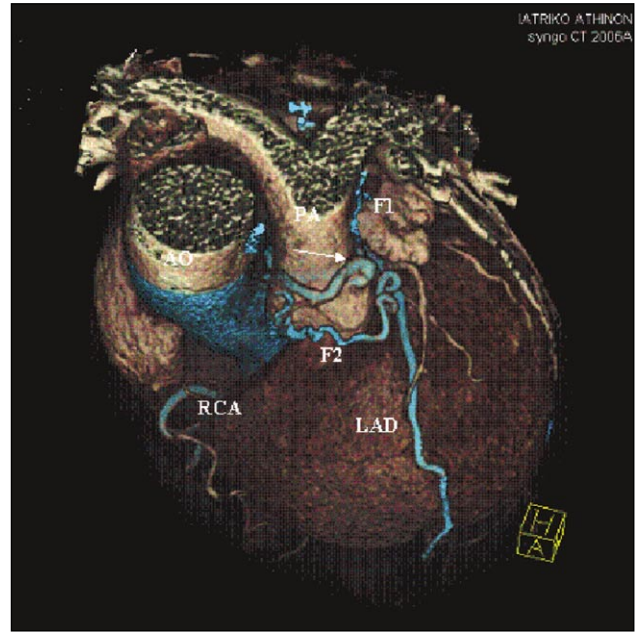
**Ο**ἱ Εἰκόνες αὐτοῦ τοῦ τεύχους ἀφοροῦν σὲ ἄνδρα 75 ἐτῶν μὲ παλαιὸ ἱστορικὸ στεφανιαίας νόσου ἐνὸς ἀγγείου, ὁ ὁποῖος εἰσήχθη μὲ παρατεταμένο σθηθαγικὸ ἄλγος, ἰσχαμικὲς ἀλλοιώσεις στὸ προσθιοπλάγιο τοίχωμα καὶ θετική ἐνζυματικὴ κίνηση. Μετὰ τὴν ἀρχικὴ ἀντιμετώπιση μὲ ἥπαρίνη, νιτρογλυκερίνη, ἀσπιρίνη καὶ κλοπιδογρέλη σημειώθηκε ὑφεση τῶν ἐνοχλημάτων καὶ ὁ ἀσθενὴς ὁδηγήθηκε στὸ αἰμοδυναμικὸ ἐργαστήριο γιὰ στεφανιογραφία, ἢ ὁποῖα κατέδειξε σημαντικὴ στένωση (90%) στὰ ὄρια ἐγγὺς τμήματος καὶ μεσότητος τοῦ προσθίου κατιόντος κλάδου (ἐνοχη βλάβη). Ἐπίσης, ἡ μελέτη κατέδειξε ἐκτεταμένες ἀρτηριοφλεβώδεις ἐπικοινωνιές μεταξὺ τοῦ προσθίου κατιόντος κλάδου καὶ τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας, μὲ τὴ μεγαλύτερη νὰ ξεκινάει λίγο πρὶν ἀπὸ τὴ σημαντικὴ στένωσή του (Εἰκόνα 1). Σὲ δεξιὸ καρδιακὸ καθετηριασμὸ δὲν καταγράφηκε πνευμονικὴ ὑπέρταση ἢ ἀξιόλογο shunt. Στὸν ἀσθενῆ ἔγινε ἀξονικὴ στεφανιογραφία γιὰ τὴν ἀξιο-

λόγηση τῆς μορφολογίας τῶν ἐπικοινωνιῶν. Ἡ ἀξονικὴ στεφανιογραφία κατέδειξε πολλαπλὲς παθολογικὲς ἐπικοινωνιές μεταξὺ τῆς θωρακικῆς ἀορτῆς, τοῦ προσθίου κατιόντα καὶ τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας, μὲ μικρὴ ἀνευρυσματικὴ διάταση (8 mm) τοῦ θύσανου στὸ σημεῖο εἰσόδου στὴν πνευμονικὴ ἀρτηρία (Εἰκόνα 2). Σὲ ἐγκάρσια τομὴ στὸ ὕψος τοῦ κώνου τῆς πνευμονικῆς ἀπεικονίζεται καὶ τὸ κῦμα (jet) εἰσόδου στὴν πνευμονικὴ ἀρτηρία (Εἰκόνα 3). Μετὰ ἀπὸ συζήτηση μὲ τὸν ἀσθενῆ ἔγινε ἐπιτυχημένη ἀγγειοπλαστικὴ μὲ τοποθέτηση φαρμακευτικοῦ stent στὸν πρόσθιο κατιόντα μὲ ἐξαιρετικὸ ἀποτέλεσμα (Εἰκόνα 4). Ὁ ἀσθενὴς παραμένει ἀσυμπτωματικὸς ἕνα χρόνον μετὰ τὴν ἐπέμβαση.

Οἱ ἀρτηριοφλεβώδεις ἐπικοινωνιές τῶν στεφανιαίων εἶναι σπάνιες, συνήθως ἀσυμπτωματικές, ἀνευρίσκονται τυχαῖα καὶ ἀναφέρονται σὲ ποσοστὸ 0,1%-0,3% τῶν ἀσθενῶν ποὺ ὑποβάλλονται σὲ στεφανιογραφία<sup>1</sup>. Οἱ περισσότερες ἀφοροῦν



**Εικόνα 1.** Έκλεκτική απεικόνιση του πρόσθιου κατιόντα με σημαντική στένωση (μικρό βέλος) και αρτηριοφλεβώδη επίκοινωνία, που ξεκινά από το έγγυς τμήμα του πρόσθιου (μεγάλο βέλος) και καταλήγει στην πνευμονική αρτηρία (πολλαπλά βέλη).



**Εικόνα 2.** Τρισδιάστη απεικόνιση των επίκοινωνιών. Η πρώτη (F1) κατέρχεται από την αορτή προς την πνευμονική αρτηρία όπου και δημιουργεί άνευρυσματική διάταση (βέλος), ενώ η δεύτερη (F2) ξεκινά από τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο, πορεύεται μπροστά από την πνευμονική αρτηρία και τελικά συνενώνεται με την προηγούμενη επίκοινωνία καταλήγοντας μέσα στην πνευμονική αρτηρία, αφού δώσει κλάδους προς τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία.



**Εικόνα 3.** Έγκάρσια τομή στο ύψος του κώνου της πνευμονικής αρτηρίας με απεικόνιση του κύματος εισόδου (βέλος).



**Εικόνα 4.** Έπιτυχημένη αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent στον πρόσθιο κατιόντα (βέλος).

στην άριστερή στεφανιαία αρτηρία, είναι συγγενείς, αλλά μπορεί να δημιουργηθούν και μετά από τραύμα ή σάν μετεγχειρητική επίπλοκή επέμβασης by-pass, αντικατάστασης μιτροειδικής βαλβίδας ή μυοκαρδιακής βιοψίας<sup>1-3</sup>. Συνήθως εκβάλλουν στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες ή στην πνευμονική αρτηρία, με συνέπεια τη δημιουργία κάποιας μορφής shunt. Εάν το shunt είναι σημαντικό, είναι πιθανή και η δημιουργία του συνδρόμου ύποκλοπής (coronary steal) των στεφανιαίων με ανάλογα φαινόμενα ισχαιμίας<sup>4</sup>. Σε λίγες περιπτώσεις παρατηρείται και η δημιουργία άνευρύσματος κατά μήκος ή και στην κατάφυση της επικοινωνίας. Όταν το άνεύρυσμα είναι σημαντικό σε διάμετρο, υπάρχει κίνδυνος ρήξης με επακόλουθο έπιπωματισμό ή αϊφνίδιο θάνατο<sup>5</sup>. Η διάγνωση βασίζεται στη στεφανιογραφία, ενώ η άξονική στεφανιογραφία προσδιορίζει με ακρίβεια την έκφυση, την πορεία και το σημείο εισόδου στη δεξιά κυκλοφορία. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική, ενώ χειρουργική απολίνωση συνιστάται σε άσθενείς με αιμοδυναμικά σημαντικές επικοινωνίες ή άνευρύσματα με κίνδυνο ρήξης τους<sup>6</sup>.

## Βιβλιογραφία

1. Vavuranakis M, Bush A, Boudoulas H. Coronary artery fistulas in adults: incidence, angiographic characteristics, natural history. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1995;35:116-120.
2. Sapin P, Frantz E, Jain A, Nichols TC, Dehmer GJ. Coronary artery fistula: an abnormality affecting all age groups. *Medicine* 1990;69:101-113.
3. Friesen CH, Howlett JG, Ross DB. Traumatic coronary artery fistula management. *Ann Thorac Surg* 2000;69:1973-1982.
4. Wells RG, Litwin SB, Sty JR. Radionuclide cardioangiographic demonstration of a coronary artery fistula. *Pediatr Radiol* 1986;16:61-64.
5. Shyam Sunder KR, Balakrishnan KG, Tharakan A, et al. Coronary artery fistulas in children and adults: a review of 25 cases with long term observations. *Int J Cardiol* 1997;58:47-53.
6. Gowda RM, Vasavada BC, Khan IA. Coronary artery fistulas: clinical and therapeutic considerations. *Int J Cardiol* 2006; 107:7-10.

