

FISTULA KORONARO-KARDIAKE

— Doc. THOMA KRISTO — RAIMONDA NIKO — ADI FRASHËRI —

— (Klinika e kardiologjisë, Spitali klinik nr. 3 — Tiranë)

Është një nga keqformimet e rralla të zemrës, që bën pjesë në grupin e kardiopative të lindura.

Në klinikën e kardiologjisë pediatrike kemi pasur rastin ta vrojtojmë këtë keqformim tek një fëmijë. Këtë rast po e paraqesim nga ana klinike dhe me të dhënat e hemodinamikës.

Përshkrimi i rastit

Fëmija L.M., 13 vjeç, shtrihet më 19.XI.1985 me numër karte 615. Është fëmija i katërt në familje i lindur me barrë normale me peshë 3600 gr. Anamneza familjare nuk vë në dukje ndonjë gjë të veçantë. Në moshën 5 vjeç u sëmur nga bronkopneumonia dhe në këtë kohë u vu në dukje prania e një kardiopatie. Para një viti paraqitet tek ne dhe u rekomandua të bëhen eksplorime hemodinamike. Gjatë gjithë kësaj periudhe, fëmija nuk ka paraqitur ankime të veçanta.

Nga ekzaminimi klinik në shtrim, vihet në dukje: pesha 30 kg, zhvillimi fizik i mangët. Fëmija është pa cianoze. Pulsu preket njësoj si në anësitë e sipërme, ashtu dhe në ato të poshtme, ritmik, me mbushje të fortë (intensitet të shtuar), 80 në minutë. Kraharoni simetrik. Goditja e majës së zemrës preket midis brinjës IV dhe V parasternale të majtë, në linjën mamilare. Dëgjohej një zhurmë e vazhdueshme me vendosje maksimale midis brinjës II dhe IV parasternale të djathtë dhe në sternum. Tonet e zemrës janë të qartë: toni II mbi arterien e mushkërisë dëgjohej me intensitet të mesëm. Ky repert regjistrohet edhe në fonokardiogramë. Ekzaminimi klinik i organeve të tjera nuk paraqet gjë të veçantë.

Në teleröntgenogramë vërehet se përmasat e zemrës janë në limitin maksimal të normës. Harku i mesit majtas pak i ngritur, vaskularizimi i mushkërive lehtësisht i shtuar. Në EKG vërehet ritëm sinusal. Denduria 90 në minutë. Ka një mbingarkesë të lehtë të barkushes së majtë. Të dhënat e ekokardiogramës janë brenda normës për moshën e vet —

90
T.A.
35

Të mbështetur në të dhënat e mësipërme, nga ana klinike, u hodh mendimi se kemi të bëjmë me një shunt nga e majta në të djathtë,

për çka dëshmon edhe prania e një fistule të arteries koronare në zgavrat e djathta të zemrës. Për këtë, fëmijës iu bë kateterizimi i majtë dhe i djathtë i zemrës, iu matën presionet dhe oksimetritë në të gjitha nivelet. Presionet e djathta dhe të majta rezultuan normale, përveç diferencës së ndjeshme midis presionit sistolik dhe diastolik në aortë. Në oksimetritë e marra, vërehet një rritje e ngopjes me O_2 të gjakut në barkushen e djathtë, gjë që flet për një shunt nga e majta në të djathtë në këtë nivel; llogaritë arritën në 52% të debitit të mushkërisë. Treguesi i zemrës, rezistencat vaskulare të mushkërisë dhe ato sistemike rezultuan në kufijtë normalë. U krye aortografia me kateter «Pig Tail» 7 French në aortën ngjitëse, në oblik të përparmë të majtë dhe të djathtë dhe rezulton një fistulë e madhe koronare e djathtë, që derdhet midis 1/3-bazale dhe të mesme të barkushes së djathtë. Arteria koronare e majtë është me madhësi dhe shpërndarje normale.

Diskutimi i rastit

Duke u nisur nga të dhënat e të sëmurit që përshkruam, si edhe nga ato të literaturës që kemi këshilluar, përmendim se:

Fistula koronaro kardiake është një keqformim i rrallë; rasti ynë është i pari që ndeshim në klinikën e kardiologjisë pediatrike. Sipas disa autorëve (1,7), ajo gjendet në 0.4% të kardiopative të lindura, ndërsa sipas një tjetri (5) gjendet 1 rast në 50000 lindje. Tek i sëmurit ynë, arteria koronare e djathtë derdhet në barkushen e djathtë. Edhe autorë të tjerë (1,2,7,10) përmendin se në 60-89% të rasteve arteria koronare derdhet në zgavrat e djathta (në V.D. 44%, në A.D. 18.7%, në A.P. 18.3%, në sinusin koronar 8.5%, në venën koronare 4.5%, në vena kava të sipërme 1%). Më rrallë, në 10.7% të rasteve, ajo mund të derdhet në zgavrat e majta (1,2,7,10). Në rastin tonë, arteria koronare e fistulizuar ishte e zmadhuar, me dredha, me përmasa sa gjysma e aortës dhe me një derdhje. Edhe autorë të tjerë (1,2,10) e kanë gjetur të zgjeruar; për sa i përket vendit të komunikimit, ajo mund të jetë me një ose me shumë derdhje, fundore ose anësore. Arteria koronare tjetër është me shpërndarje normale, por kjo mund të jetë edhe me një rrjet anastomoze midis koronareve.

Si pasojë e fistulës, ka shunt nga e majta në të djathtë. Sasia e tij varet nga madhësia e fistulës dhe presioni në zgavrën marrëse që në rastin tonë arrin në 52% të debitit të mushkërisë. Shunti bëhet si në sistolë, ashtu edhe në diastolë. Me këtë shpjegohet edhe diferenca midis presionit sistolik dhe atij diastolik. Megjithatë qarkullimi miokardit është i pakësuar, në rastin tonë nuk pati shenja të ishkemisë së miokardit. Edhe autorë të tjerë përmendin se deri në moshën 35 vjeç nuk i kanë vënë re në EKG këto shenja (1,4,10). Në përgjithësi, ky keqformim durohet lehtë në moshën feminare. Vetëm në 1/3-ën e rasteve të sëmurët kanë vështirësi në frymëmarrje gjatë sforcimeve (8). Për zbulimin e sëmundjes ka rëndësi auskultimi i vëmendshëm i zemrës. Prania e zhurmës së vazhdueshme me vendosje maksimale midis brinjës III-IV parasternale të djathtë tërhoqi vëmendjen për këtë keqformim; rrallë mund të preket edhe trilli. Puls i zakonisht preket me intensitet të lartë si në anësitë e sipërme, ashtu edhe në ato të poshtme, për shkak të rritjes së amplitudës midis tensionit maksimal dhe minimal.

Në rastin tonë, teleröntgenograma tregoi se, përveç vaskularizimit të shtuar në mushkëri, nuk kishte shenja patologjike të tjera. Kur shunti është i madh, vëllimi i zemrës rritet dhe vaskularizimi në mushkëri shtohet më shumë. EKG-të vunë në dukje mbingarkesë të lehtë të barkushes së majtë. Ka autorë (1,5,10) që vënë re se në 40% të rasteve ajo ka një ngarkesë normale. Kur shunti është i madh, në EKG gjendet mbingarkesë biventrikulare. Kur arteria koronare derdhet në atriumin e djathtë në EKG gjendet hipertrofia e tij. Ekokardiogramat nuk vunë gjë në dukje; kur shunti është i madh vihet re zmadhimi i zgavrave të zemrës (1,7).

Në rastin tonë, diagnoza u mbështet në të dhënat klinike, sidomos në auskultimin e zemrës, ajo u saktësua me eksplorimin hemodinamik. Në praktikë duhet të kemi parasysh të mënjanojmë keqformimet e tjera të zemrës, që shfaqen në praninë e zhurmës së vazhdueshme. Të tilla janë: duktus Botali i çelur, fistula aortomushkëriore, çarja e aneurizmes së sinus valsave etj. Vendi ku dëgjohet më shumë kjo zhurmë ndryshon midis tyre. Ekzaminimi hemodinamik saktëson diagnozën dhe orienton për ndërhyrje kirurgjikale. Të dhënat tona i paraqitëm në përshkrimin e të sëmurit. Në ato raste kur aortografia nuk arrin të vëjë në dukje fistulën dhe vendin e saj të derdhjes ose degëzimet e saj, duhet të bëhet koronarografia zgjedhëse (3,6). Ecuria e vetvetishme e të sëmurit varet nga madhësia e keqformimit dhe shuntit. Mund të paraqiten edhe ndërlikime, si insuficienca e koronareve, insuficienca kongjестive e zemrës, endokarditi bakterial subkut (Osler) dhe çarje e arteries koronare që është e zgjeruar (7,8,10). Për shkak të këtyre ndërlikimeve dhe shuntit të madh të krijuar, rekomandohet ndërhyrja kirurgjikale, megjithatë në literaturë është përshkruar një rast me mbyllje të vetvetishme (9). Mosha ku këshillohet të kryhet ndërhyrja është nga 5 deri 35 vjeç (1,3,10). Aktualisht zbatohen disa lloje ndërhyrjeje dhe teknikash operimi. Qëllimi është të zhduket shunti, duke mbyllur fistulën pa kompromentuar vaskularizimin e miokardit.

Dorëzuar në redaksi më 5.12.1986

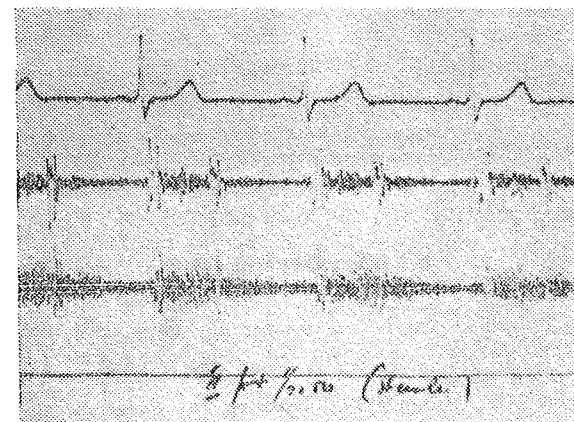


Foto nr. 1

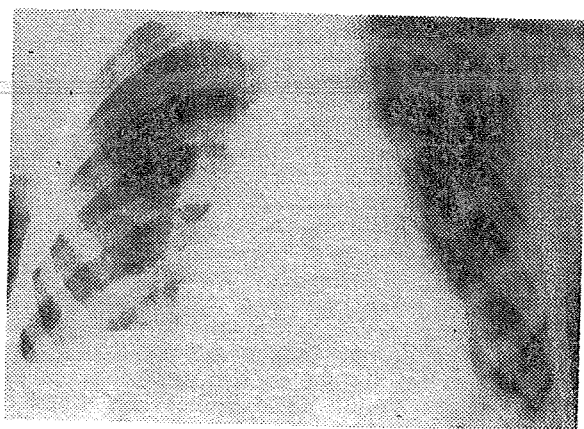


Foto nr. 2

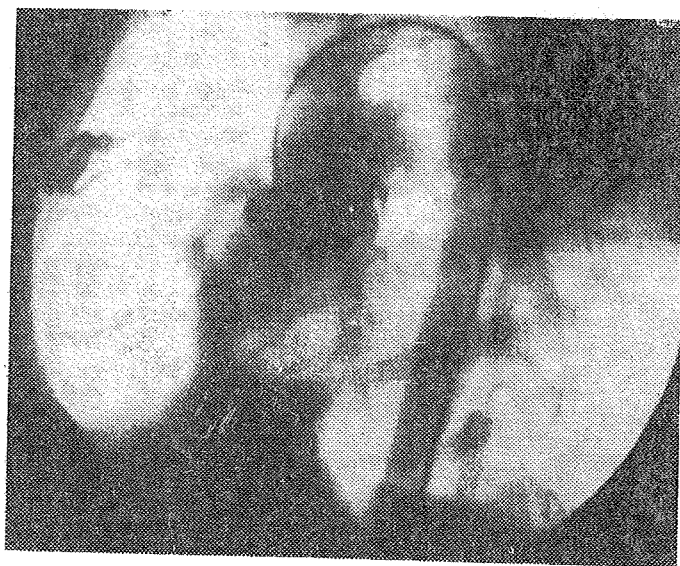


Foto nr. 3

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dupuis Cl., Kachaner J.: Cardiologie pédiatrique. Paris, 1981, 392.
- 2) De Nef J.J.E., Vargese P.P., Losekoot G.: Congenital coronary-artery fistula. Brit. heart. J., 1971, 33, 857.
- 3) Ehert P.A., Peter R.H., Gunnets I.L., Sabiston D.: Resecting and grafting of coronary artery aneurisme. Circulation, 1971, 49, 593.

- 4) Jaffe R.B., Glancy D.L., Epstein S.E., Brown B.G., Morrow A.G.: Coronary arterial-right heart fistulas. long-term observations on seven patiens. Circulation, 1973, 47, 133.
- 5) Gerard R.: Précis de cardiologie pédiatrique. Paris, 1973, 240.
- 6) Kimbiris D., Kasparrai H., Knibbe P., Brest A.: Coronary artery-coronary sinus fistula. Am. J. Cardiol., 1970, 26, 532.
- 7) Levin D.C., Fellows K.E., Abrams H.L.: Hemodynamically significant primary anomalies of the coronary arteries. Angiographic aspects. Circulation, 1978, 58, 25.
- 8) Morgan J.R., Forker A.D., O'Sullivan M.J., Fosburg G.: Coronary arterial fistulas. Seven cases with unusual features. Am. J. cardiol., 1972, 30, 432.
- 9) Shubrooks S.J., Naggar C.Z.: Spontaneous near closure of coronary artery fistula. Circulation, 1978, 57, 197.
- 10) Thibert M., Chetochine L.F.: Cardiologie pratique de l'enfant, Paris, 1976, 245.

Summary

CORONARO-CARDIAC FISTULA

The paper describes a case of coronaro-cardiac fistula in a 13 year old child.

The diagnosis was based on the clinical findings showing a high pulse wave and a permanent murmur with its maximum intensity in the parasternal region between the 3rd and 4th ribs on the right of the sternum. Catheterization of the right and left chambers of heart showed an increased O₂ saturation of the blood in the right ventricle and the presence of a shunt from left to right. The aortography showed a large right-sided coronary fistula located in the basal and middle 1/3 of the right ventricle. The paper discusses the case comparing it with similar cases described in the literature.

Résumé

LA FISTULE CORONARO-CARDIAQUE

Les auteurs décrivent un cas, âgé de 13 ans, avec un fistule coronaro-cardiaque. Le diagnostic a été fondé sur les données chimiques pouls dur, bruit permanent avec un maximum entre la 3-ème et 4-ème côte (région parasternale droite) et au sternum. Le catétérisme droit et gauche a mis en évidence une augmentation de la saturation en O₂ du sang dans le ventricule droit et la présence d'un shunt droit-gauche. L'aortographie a montré une grande fistule coronaire droite au niveau du tiers inférieur et moyen du ventricule droit.

Les données concernant ce malade sont confrontées avec celles de la littérature.