

## Μήπως Εγκαταλείψαμε τη Φυσική Εξέταση Νωρίς;

ΕΥΤΥΧΙΟΣ ΣΙΝΙΟΡΑΚΗΣ  
ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ  
ΒΑΓΙΑ ΔΕΡΒΕΝΗ  
ΗΛΙΑΣ ΡΕΝΤΟΥΚΑΣ

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου  
Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», Αθήνα

### Λέξεις Ευρετηρίου:

Επικοινωνία Στεφανιαίων Αρτηριών-  
Καρδιακών Κοιλοτήτων,  
Φυσική Εξέταση, Συνεχή Φυσήματα



**Ευτύχιος Σινιώρακης**  
Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ

**Διεύθυνση Επικοινωνίας:**  
Μεσσηνίας 48  
Τ.Θ: 50022  
19009 Πικέρμι  
Τηλ. 210 6039892  
Κιν.: 6944413269  
E-mail: siniotef@otenet.gr

**Μ**ελετήσαμε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον την περίπτωση επικοινωνίας μεταξύ στεφανιαίων αρτηριών και αριστερής κοιλίας (ΣΤΑΡ), στο τεύχος Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου της Ελληνικής Καρδιολογικής Επιθεώρησης.<sup>1</sup> Επρόκειτο για γυναίκα 40 ετών με συμπτώματα σπθόγης και σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου ενδεικτικό ισχαιμίας στην κορυφή της αριστεράς κοιλίας. Το ηχοκαρδιογράφημα και η στεφανιογραφία αποκάλυψαν πράγματι την ύπαρξη μιάς σπάνιας συγγενούς καρδιοπάθειας, συνιστάμενης σε επικοινωνία μεταξύ των στεφανιαίων αρτηριών και της αριστερής κοιλίας. Για την ασθενή αποφασίσθηκε συντηρητική θεραπεία. Τα κριτήρια με τα οποία έγινε η επιλογή αυτής της αγωγής ήταν απεικονιστικά, σχετιζόμενα με την ανατομία και την διάμετρο των επικοινωνιών.

Όπως είναι γνωστό πρωταγωνιστικό ρόλο στην διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία ασθενών με ΣΤΑΡ διαδραματίζει η ενδελεχής φυσική εξέταση.<sup>2</sup> Κύρια αιτία παραπομπής των ατόμων αυτών στον ιατρό αποτελεί η διαπίστωση ενός «παράδοξου» συστολο-διαστολικού ή συνεχούς φυσήματος, το οποίο αποτελεί πρόκληση για τον καρδιολόγο, που πρέπει να διαφοροδιαγνώσει μεταξύ ανοικτού βοταλείου πόρου, ενδοπνευμονικής αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας, αορτοπνευμονικού παραθύρου κá. Μία αναδρομή στην ηλεκτρονική πηγή ιατρικών πληροφοριών PubMed αποκαλύπτει ότι η ύπαρξη φυσήματος αποτελεί σταθερό εύρημα σε όλες τις δημοσιευμένες περιπτώσεις επικοινωνίας στεφανιαίων αρτηριών και καρδιακών κοιλοτήτων, ακόμη και επί ασυμπτωματικών ατόμων.<sup>3-5</sup> Ιδιαίτερα όσον αφορά τις ΣΤΑΡ, το φύσημα μπορεί να εντοπίζεται κυρίως στη διαστολή, γίνεται ακουστό παραστερνικά, δεξιά ή αριστερά, στον 1ο με 2ο μεσοπλεύριο διάστημα, ενώ αναφέρονται και αντανάκλασεις προς τις καρωτίδες και τις μηριαίες αρτηρίες.<sup>6</sup> Στις περιπτώσεις αυτές η κλινική εικόνα μιμείται εκείνη της ανεπάρκειας αορτής. Έντονα συνεχή φυσήματα ή με αποκλειστικά συστολική παράμετρο, περιγράφονται επίσης. Η ένταση και ποιότητα των φυσημάτων αυτών εξαρτάται από τον αριθμό και την διάμετρο των επικοινωνιών, καθώς και από την εκατέρωθεν κλίση πιέσεων. Γενικά η φυσική εξέταση δεν θα πρέπει να υποτιμάται, καθώς αποτελεί βασικό οδηγό για τον προσδιορισμό της υποκείμενης παθολογίας.

Ανεξαρτήτως της ανατομίας των, η ύπαρξη ΣΤΑΡ εγκυμονεί κινδύνους θρομβώσεων, εμβολών, λοιμωδών ενδοκαρδιτιδών, ανευρυσματικών διατάσεων, ρήξεων, καθώς και εκδηλώσεων καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ δεν είναι σπάνιες οι υποκλοπές αίματος σε βάρος της επικαρδιακής ροής. Η ύπαρξη συμπτωμάτων αποτελεί περαιτέρω παράγοντα κινδύνου, αλλά και τα ασυμπτωματικά άτομα δεν θεωρούνται προστατευμένα έναντι των επιπλοκών αυτών.

Φαίνεται από την βιβλιογραφία ότι οι δομικές αλλοιώσεις των ΣΤΑΡ απαιτούν διόρθωση, προς αποφυγή δυσμενών συμβάντων. Η θεραπεία κατά κανόνα είναι χειρουργική, αν και τα τελευταία χρόνια περιγράφονται περιπτώσεις διαδερμικού εμβολισμού ή εγκαταστάσεως εντός των αναστομώνσεων συ-



σκευών τύπου Amplatzer.<sup>7,8</sup> Η συντηρητική αγωγή έχει περιορισμένο εύρος εφαρμογής.<sup>2,4,5</sup> Γενικά, συμπτωματικοί ασθενείς με ΣΤΑΡ, άνω των 20 ετών, είναι υποψήφιοι για επεμβατική θεραπεία, εφόσον η στεφανιογραφία αποκαλύπτει κατάλληλη ανατομία των αναστομώσεων. Η συνύπαρξη συστολο-διαστολικού ή συνεχούς φυσήματος ενισχύει την ένδειξη για διαδερμική ή χειρουργική σύγκλειση της επικοινωνίας.<sup>9</sup>

Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές παραπομπές που παρατίθενται, η ασθενής στην οποία αναφέρεται αυτή η επιστολή σύνταξης, δικαιούται μία μακροχρόνια παρακολούθηση. Η ηλικία και τα συμπτώματα, η ύπαρξη ισχαιμίας μυοκαρδίου και η ηχωκαρδιογραφικώς ανιχνευόμενη συστολική και διαστολική ανώμαλη ροή εντός των επικοινωνιών (δυναμική αιτία δημιουργίας φυσημάτων), καθορίζουν την μελλοντική απάντηση του ατόμου αυτού στην παρασχεθείσα θεραπεία.

## Βιβλιογραφία

1. Μαραγκουδάκης Σ, Πατριανάκος Α, Καλλέργης Ε, Παρθενάκης Ψ, Βάρδας Π. Ηχωκαρδιογραφική απεικόνιση επικοινωνίας μεταξύ στεφανιαίας αρτηρίας και αριστερής κοιλίας. Περιγραφή περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Ελλ Καρδιολ Επιθ* 2014; 55: 86-89.
2. Gowda R, Vasavada B, Khan I. Coronary artery fistulas: clinical and therapeutic considerations. *Int J Cardiol* 2006; 107: 7-10.
3. Drago M, Chessa M, Gianfranco B, Bossone E, Carminati M. Percutaneous closure of a coronary

- fistula between the right coronary artery to the left atrium. *Int J Cardiovasc Intervent* 2004; 6: 156-159.
4. Lopez-Candales A, Kumar V. Coronary artery to left ventricle fistula. *Cardiovasc Ultrasound* 2005; 3: 35-40.
5. Ceresnak S, Gray R, Altman K, Chen H, Glickstein J, Hellenbrand W. Coronary artery fistulas: A review of the literature and presentation of two cases of coronary fistulas with drainage into the left atrium. *Congenit Heart Dis* 2007; 2: 208-213.
6. Meissner A, Lius M, Herrmann G, Simov R. Multiple coronary artery-left ventricular fistulae: haemodynamic quantification by intracoronary Doppler ultrasound. *Heart* 1997; 78: 91-93.
7. Kamiya H, Yasuda T, Nagamire H, et al. Surgical treatment of congenital coronary artery fistulas : 27 years experience and a review of the literature. *J Card Surg* 2002; 17: 173-177.
8. Wang SS, Zhang ZW, Qian MY, Zhuang J, Zeng GH. Transcatheter closure of coronary arterial fistula in children and adolescents. *Pediatr Int* 2014; 56: 173-179.
9. Wang S, Wu Q, Hu S, Xu J, Sun L, Song Y. Surgical treatment of 52 patients with congenital coronary artery fistulas. *Chin Med J* 2001; 114: 752-755.