

Left coronary artery aneurysm with fistulous connection to right atrium: Case report

左冠状动脉瘤样扩张合并右心房瘘 1 例

施辉友, 赵朝祥, 崔学龙, 王玉权, 王荣品

(贵州省人民医院放射科, 贵州 贵阳 550002)

[Key words] Coronary vessels; Fistula; Heart stria; Anomalous drainage

[关键词] 冠状血管; 瘘; 心房; 异位引流

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201708007

[中图分类号] R543.3; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2018)04-0639-01

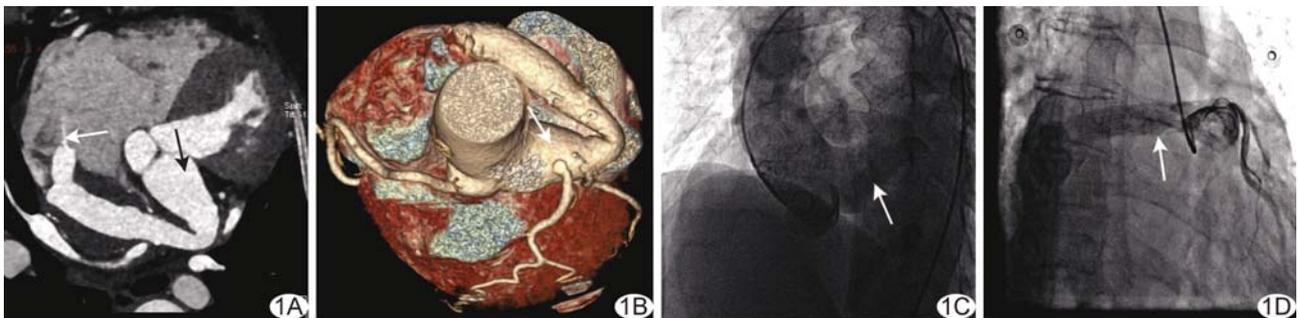


图 1 左冠状动脉瘤样扩张合并右心房瘘 A. CTA 示扩张的左冠状动脉主干及异常粗大的分支血管(黑箭), 其远端见瘘口, 对比剂经瘘口流入右心房(白箭); B. VR 图像示左冠状动脉的整体形态、走行及前降支、左旋支开口(箭); C. 升主动脉根部造影示扩张的左冠状动脉及粗大迂曲的左冠状动脉(箭); D. 左冠状动脉造影示瘘血管的整体形态及前降支、左旋支开口(箭), 对比剂经瘘口流入右心房

患者女, 65 岁, 因“心悸、气促 1 年, 加重 10 天”入院, 既往有高血压病史 20 余年。查体: 心前区无隆起, 心尖搏动正常, 各瓣膜未闻及明显杂音。冠状动脉 CTA: 左冠状动脉异常粗大、迂曲, 呈瘤样扩张, 其异常粗大的分支经左心房于主动脉间隙蜿蜒流入右心房, 起始部宽约 20 mm, 弯曲部宽约 6 mm, 远端与右心房连接处宽约 15 mm, 瘘口部呈细条状流入右心房, 瘘口直径约 2 mm(图 1A); 前降支及左旋支分别起源于此异常引流血管起始部(图 1B); 右冠状动脉开口正常, 并呈右冠优势型。血管造影: 左冠状动脉呈瘤样扩张, 其远端见一瘘管与右心房相通(图 1C、1D), 瘘管口直径约 2 mm; 前降支及左旋支起源于瘤样扩张的引流血管; 肺动脉收缩压 49 mmHg, 平均 35 mmHg, 舒张压 29 mmHg。出院综合诊断: ①先天性心脏病, 左冠状动脉瘤样扩张合并右心房瘘; ②原发性高血压 3 级, 心功能 III 级; ③轻度肺动脉高压。

讨论 冠状动脉瘘指左右冠状动脉与心脏或大血管存在异常交通, 血液经瘘管分流至心腔及大血管内。本病多为先天

畸形, 胚胎时期心肌局部发育停止, 窦状隙持久存在, 使冠状动脉与心腔直接交通, 形成冠状动脉瘘; 少数为后天获得性, 主要由冠状动脉造影等手术创伤或外伤所致。根据瘘管的开口部位可分为冠状动脉-血管瘘(与冠状静脉、肺动脉或上腔静脉交通)和冠状动脉-心腔瘘(与心房、心室交通)。患者的症状和体征因瘘口大小不同而异, 分流量较小可无明显临床症状; 如瘘口大、注入心腔压力低(如右心系统), 则分流量大, 可产生明显血流动力学改变, 引起心腔扩大、肺动脉高压等表现。本病常用检查方法为冠状动脉 CTA、心脏超声及血管造影等。冠状动脉 CTA 可清楚显示异常冠状动脉的走行、连接情况, 且在显示瘘口的同时可显示异常分流所致的心腔扩大、肺动脉高压等情况。由于受分辨率和操作者手法的影响, 心脏超声检查难以显示较小的无扩张的冠状动脉瘘。血管造影可直观显示增粗、迂曲的冠状动脉及瘘口情况, 显示异常引流部位, 但为有创性检查, 存在一定风险。本病的治疗方法有介入方法瘘口封堵、外科缝扎或保守治疗。本例由于左冠状动脉异常粗大, 近端宽大但瘘口细小, 若行左冠状动脉窦-右房封堵术, 瘤样扩张血管内易形成血栓, 存在堵塞前降支及左旋支开口和血栓脱落的风险, 且本例分流量小, 建议保守治疗, 定期复查。

[第一作者] 施辉友(1984—), 男, 贵州六盘水人, 大专, 技师。

E-mail: 369811301@qq.com

[收稿日期] 2017-08-01 [修回日期] 2017-11-08