

## Kommentar

# Takyarytmi og cor triatriatum

Cor triatriatum er en sjelden tilstand, den utgjør 0,1–0,4% av de medfødte hjertefeilene (1). Tilstanden er vanligvis venstresidig. Det er flere mulige forklaringer på utviklingen av cor triatriatum, felles for dem er at det er igjen en membran etter den føtale inkorporering av den felles lungevenen i venstre atrium. Fordi man samtidig ofte finner en persisterende vena cava superior sinister, kan man tenke seg en felles årsakssammenheng mellom disse tilstandene (2). En slik membran deler venstre atrium i ett øvre (eller pulmonalt) kammer og ett nedre (eller mitralt) kammer. Membranen kan obstruere for den venøse retur fra lungene til venstre ventrikkel og gi en trykkbelastning i venstre atrium, tilsvarende det man ser ved mitralstenose (3), men begrenset til den pulmonale delen av atriet. Cor triatriatum blir som en lungevenestenoze som affiserer alle lungevenene. Tilstanden kan føre til økt lungekarmotstand, som ved lungevene- eller mitralstenose (4).

Cor triatriatum opptrer ofte sammen med andre hjertefeil, ikke minst atriaseptumdefekter av secundum type, som kan gi en kommunikasjon enten mellom den pulmonale delen av venstre atrium og høyre atrium eller mellom den mitrale delen og høyre atrium (5). Graden av symptomer vil sannsynligvis avhenge av hvor membranen er lokalisert i atriet, av graden av obstruksjon og av ev. tilstedeværelse av andre hjertefeil. Der tilstanden debuterer med symptomer i barneårene, er prognosen alvorlig, med høy mortalitet (6). Hos dem med en lettere obstruksjon som ikke gir symptomer i hvile, er det imidlertid tenkelig at økt hjerteminuttvolum kan gi symptomer. I litteraturen er det flere kasuistikker der tilstanden er oppdaget under graviditet (7).

Soma og medarbeideres artikkel (8) belyser en del interessante problemstil-

linger ved denne tilstanden. På grunn av tykkbelastningen og utvidelse av pulmonale del av venstre atrium er pasientene med cor triatriatum mer utsatt for supraventrikulære takykardier (1, 7, 9). I litteraturen er det mange rapporter om atriale takykardier, atrieflutter og atrieflimmer ved denne tilstanden. EKG hører derfor med i utredningen av disse pasientene. Ved mistanke om arytmitendens bør man i tillegg gjennomføre langtids-EKG-registreringer for å fange opp episoder med arytmi. Det er imidlertid vanskelig å forklare sammenhengen mellom atrioventrikulær nodal reentrytakykardi, som beskrevet i kasuistikken, og cor triatriatum. Vi finner heller ikke andre slike tilfeller i litteraturen.

Cor triatriatum vil hos barn som regel være tilstrekkelig undersøkt ved transtorakal ekkokardiografi. Hos voksne kan det være aktuelt med transøsofageal ekkokardiografi, for å skille tilstanden fra en supravulvulær mitralring. Det er viktig å gi et korrekt bilde av morfologien i venstre atrium og membranen, og å gi et mål på stenosegrad ved dopplerhastigheten og åpningsarealet. Det er også viktig å se etter andre strukturelle hjertefeil. Tredimensjonal ekkokardiografi, MR, CT og angiografi bør forbeholdes tilfeller der man ikke kommer frem til en adekvat diagnose ved enklere metoder.

Som ved klaffestenoser kan det være behov for å vurdere betydningen av stenosen ved økt hjerteminuttvolum, f.eks. før en graviditet. I litteraturen er det rapportert arytmier og tegn på komplikasjoner i form av hjertesvikt under svangerskap (7). Det er vanskelig å vurdere betydningen av cor triatriatum under belastning, men der man finner symptomer og en hastighetsøkning forenlig med at cor triatriatum gir hemodynamisk betydning ved økt hjerteminuttvolum, bør man

vurdere kirurgisk behandling eller annen behandling før man anbefaler graviditet.

### Gottfried Greve

*gottfried.greve@helse-bergen.no*  
 Institutt for klinisk medisin  
 Universitetet i Bergen  
 og  
 Hjernteavdelingen/Barneklubben  
 Haukeland Universitetssjukehus  
 5021 Bergen

### Elisabeth Leirgul

Hjernteavdelingen  
 Haukeland Universitetssjukehus

*Oppgitte interessekonflikter:* Ingen

### Litteratur

1. Chen Q, Guhathakurta S, Vadalapali G et al. Cor triatriatum in adults. Three new cases and a brief review. *Tex Heart Inst J* 1999; 26: 206–10.
2. Gharagozloo F, Bulkley BH, Hutchins GM. A proposed pathogenesis of cor triatriatum: impingement of the left superior vena cava on the developing left atrium. *Am Heart J* 1977; 94: 618–26.
3. Slight RD, Nzewi OC, Sivarprakasam R et al. Cor triatriatum sinister presenting in the adult as mitral stenosis. *Heart* 2003; 89: e26.
4. Houston A, Hillis S, Lilley S et al. Echocardiography in adult congenital heart disease. *Heart* 1998; 80 (suppl 1): S12–26.
5. Alphonso N, Norgaard MA, Newcomb A et al. Cor triatriatum: presentation, diagnosis and long-term surgical results. *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 1666–71.
6. Gheissari A, Malm JR, Bowman FO et al. Cor triatriatum sinister: one institution's 28-year experience. *Pediatr Cardiol* 1992; 13: 85–8.
7. Senthiles L, Verspyck E, Bauer F et al. Management of maternal cor triatriatum during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104 (suppl): 1212–5.
8. Soma J, Eriksen, Amundsen BH. 50 år gammel kvinne med rask hjerteaksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1056–7.
9. Troxclair D, Ross KF, Newman WP. Cor triatriatum sinister: a rare congenital cardiac anomaly presenting in an adult with chronic atrial fibrillation. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26: 282–4.

*Manuskriptet ble mottatt 17.1. 2007 og godkjent 19.1. 2007. Medisinsk redaktør Elisabeth Swensen.*