

Plevral Mayinin Neden Olduğu Pulmoner Kollapsın Ekokardiyografik Tanımı

THE 2-DIMENSIONAL ECHOCARDIOGRAPHY DEFINITION OF PULMONARY COLLAPSE RELATED WITH LARGE PLEURAL EFFUSION

Prof.Dr.Olcay SAĞKAN, Yard.Doç.Dr.Osman YEŞİLDAĞ, Yard.Doç.Or.Nadir KAYA,
Dr.Celeleddin DEMİRCAN, Dr.ilyas TUNCER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, SAMSUN

ÖZET

Bu yazıda fazla miktarda plevral effüzyona bağlı olarak sol akciğerde atelektazi gelişen dilate kardiyomyopati tanısı almış 23 yaşında bir bayan hastada, atelektazinin 2-Boyutlu ekokardiyografik tanımı ve ekstrakardiyak kitlelerden ayırımı yapılmış ve literatür bulguları incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Atelektazi, 2-Boyutlu ekokardiyografi, Plevral effüzyon

T Klin Kardiyoloji 1992, 5:288-290

SUMMARY

The definition of atelectasis in a 23 year-old female patient who had partial collapse related with large pleural effusion in the left lung and diagnosed as dilated cardiomyopathy, was made with two dimensional echocardiography and differentiated from extracardiac masses.

The recent literature findings were also reviewed in this subject.

Key Words: Atelectasis, Two-dimensional echocardiography, Pleural effusion

Turk J Cardiol 1992, 5:288-290

2 Boyutlu ekokardiyografideki ilerlemeler perikardiyal ve mediastinal kitlelerin ayırıldımasına olanak sağlamıştır (1).

Aşağıda, bir hastada ileri derecede plevral mayinin neden olduğu kitle imajı veren pulmoner kollapsın ekokardiyografik tanımı yapılmıştır.

VAKA TAKDİMİ

23 yaşında, bayan hasta, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine nefes darlığı yakınmasıyla başvurdu. Öyküsünden 1.5 yıldır nefes darlığı ve öksürük olduğu, son 1 aydır kalp yetmezliği nedeniyle tedavi görmekte olduğu öğrenildi. 3 gün önce kuvvet azalması olmuş. Son 1 aydır düz yolda bile yürüyemiyor ve geceleri 3 yastıkta yatıyormuş.

Fizik İnceleme

TA: 100/50 mmHg, Nabız: 112/dk., soluk görünümde; boyunda venöz dolgunluk mevcut; oskültasyonunda solda daha belirgin olmak üzere bazallerde akciğer

sesi alınamıyor. Perküsyonla sinüsler kapalı; kalpte apekte ve triküspid odakda 2°/6°den pansistolik üfürüm alınıyor, S3 mevcut. Karın muayenesinde; karaciğer 15cm palpabl, basmakla hassas ve yumuşak kıvamlı, dalak nonpalpabl. Her iki ekstremitede pretibial +++/+++ gode bırakan ödem mevcut.

Nörolojik muayene; minimal sol santral fasial parezi mevcut, sol üst ekstremitte kuvveti azalmış, sol alt ekstremitte parezik, DTR solda azalmış, solda hemihipoestezi mevcut.

Laboratuvar bulguları

Tam kan sayımı: Hb: 11.8 g/dl, BK: 10000/mm³, Htc: %35; sedimentasyon: 5 mm/saat; idrar tetkiki: Protein +++, mikroskopide 8-10 lökosit, 10-12 epitel; kan biyokimyası normaldi.

Telekardiyografi: Kalp global olarak büyümüş, solda belirgin olmak üzere bilateral plevral effüzyon.

EKG: Sinüs taşikardisi, sol atrial dilatasyon, Clockwise rotasyon mevcut.

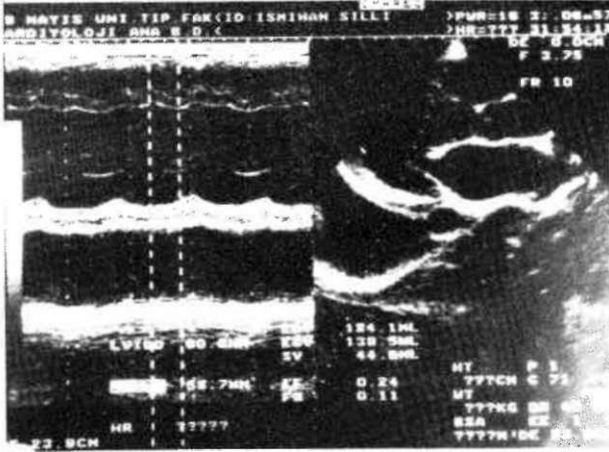
Ekokardiyografi: Apeks, septum ve sol ventrikül arka duvar hareketleri ileri derecede azalmış, mitral kapak minyatürleşmiş bulundu. Sol ventrikül dilateydi (Diastol sonu çapı: 6.0 cm, sistol sonu çapı 5.3 cm). Ejeksiyon fraksiyonu: %24, fraksiyonel kısalma %11,

Geliş Tarihi: 2.12.1991

Kabul Tarihi: 30.1.1992

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Olcay SAĞKAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji ABD, SAMSUN

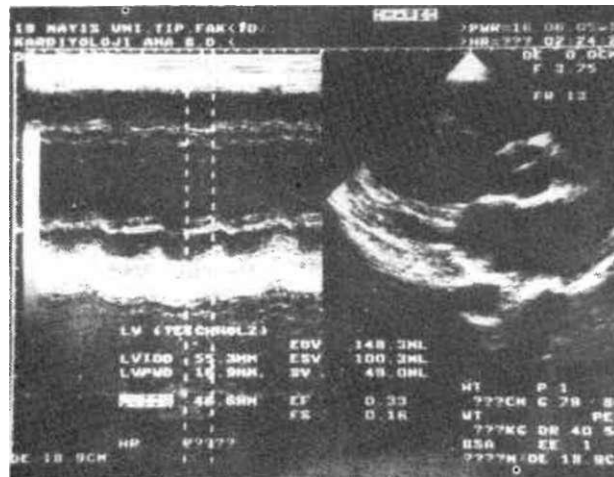


Şekil 1. Parasternal uzun aks konumunda minimal perikardiyal ve fazla miktarda plevral effüzyonun görünümü

Şekil 2. Parasternal uzun aks konumunda plevral effüzyon içinde atelektaziye uğramış akciğerin görünümü



Şekil 3. Apikal 2-boşluk konumunda atelektatik akciğerin görünümü



Şekil 4. Torasentez sonrası parasternal uzun aks konumunda atelektatik akciğere ait görüntünün kaybolduğu görülüyor

minimal perikardiyal ve fazla miktarda plevral effüzyon saptandı (Şekil 1). CW-Doppler ekokardiyografi ile

önemli mitral yetmezliği ve triküspit yetmezliği bulundu. Triküspit yetmezliğine dayanılarak hesaplanan pulmoner arter basıncı 27 mmHg idi.

Bir süre sonra tekrarlanan ekokardiyografide **sol** ventrikül arka duvarına komşu intraplevral ekodens kitle imajı saptandı (Şekil 2 ve 3). **Sol** akciğerden torasentezle 1500 cc sıvı boşaltıldıktan sonra iki gün sonra yapılan ekokardiyografik incelemede bu imajın kaybolduğu görüldü (Şekil 4). Bu kitlenin atelektaziye uğramış akciğer olduğu ve sıvı boşaltılınca akciğerin yeniden ekspanse olduğu düşünüldü.

Hastada primer dilate kardiyomiyopati ve buna sekonder ağır konjestif kalp yetmezliği geliştiği, serebral emboli sonucu serebrovasküler olay geçirdiği kanısına varıldı.

Hasta digitalize edildi. Diüretik ve ACE inhibitörü başlandı. Klinikte iken bir kez ventrikül fibrilasyonuna giren hastaya defibrilasyon yapılarak sinüs ritmine çevrildi. Ventrikül ekstrasistollerini nedeniyle I.V. Lidocaine ve üinidine verildi. Serebral tromboemboli nedeniyle antikoagüle edildi. Tedavi ile kalp yetmezliği bulgularının gerilemesi ve genel durumunun stabil seyretmesi üzerine kardiyak transplantasyon önerisiyle hasta taburcu edildi. Fakat kısa bir süre sonra hastanemiz acil polikliniğine başvuran hastanın akut akciğer ödemi ve kardiyojenik şok nedeniyle exitus olduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

2 Boyutlu ekokardiyografi ile hem intrakardiyak hem de ekstrakardiyak kitleler (örneğin mediastinal kistler, tümörler, intratorasik neoplazmlar, sol ventrikül pseudoanevrizmaları) tanınabilir (1,2). Fazla miktarda plevral sıvı içine yerleşmiş juktakardiyak pulmoner atelektazli perikardiyal malignite ile karışabilir. Plevral effüzyonun neden olduğu total veya parsiyel lobar kolaps, kitle izlenimini verebilir. Plehn ve ark. (3) bu kitle imajını perikardiyal pseudotumor olarak adlandırmışlardır.

Pseudotumorlerin çoğu sol plevrada bulunmaktadır (3,4). Standart ekokardiyografik pencerelerin herbirinden görülebileceği gibi bizim vakamızda da olduğu gibi sıklıkla parasternal uzun aks konumunda görülmektedir. Birlikte perikardiyal sıvı bulunduğunda kitlenin extraperikardiyal ve intraplevral olduğu daha kolay anlaşılır. Hastamızda plevral drenajdan önce yapılan ekokardiyografide posterolateral sol ventrikül duvarına komşu, effüzyon içinde globüler kitle saptanmıştır. Drenajdan sonra kitlenin kaybolması akciğerin reekspanse olduğunu göstermektedir (Şekil 1,2).

Tedavi veya torasentez yapılarak sıvının azaltılması sonucu kitlenin ortadan kalkması olaydan tümörün sorumlu olmadığını ortaya koymaktadır.

Akciğerin atelektatik segmentleri bilhassa ekstrakardiyal kitlelerle karışabilir (2,5). Başlangıçta extramural kardiyak tümör zannedilebilir. Hastamızda olduğu gibi çekilen akciğer filminde atelektatik segmenti görmek mümkün olmayabilir. Bu noktada ekokardiyografik tanı önem kazanır. Atelektatik akciğer segmentleri daima fazla miktarda plevral effüzyon varsa kompresyona bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Sonolüsen plevral effüzyon içinde ekodens olarak görülen atelektatik akciğer segmenti, solid, homojen ve parlak buzlu cam manzarasındadır (Şekil 1). Perikardiyal ve ön mediasten kisti, sol ventrikül pseudoanevrizmaları gibi sonolüsen kitlelerden ayırdedilmelidirler (6). Torasentezi takiben plevral effüzyonun drenajı ile kitle tamamen ortadan kalkıyorsa atelektazi akla gelmelidir. Bazen komputere tomografi, ayırıcı tanıda 2-boyutlu ekokardiyografiye yardımcı olabilir (4).

Atelektatik kitle içinde elastik ve retiküler fibriller, ince bir epitelyal doku olduğu için diğer ekstrakardiyak kitlelerin aksine kalbin ekstrinsik kompresyonuna neden olmaz (3,4).

Sonuç olarak fazla miktarda plevral sıvı bulunan hastalarda 2-Boyutlu ekokardiyografide juxtakardiyak kitle görülürse, klinik olarak malign bir hastalık düşünülüyorsa, özellikle pulmoner atelektazi akla gelmeli ve torasentez yapılarak akciğerin reekspanyonu sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mancuso L, Pitrolo F, Bondi F, et al. Echocardiography recognition of mediastinal masses. *Chest* 1988; 92:144-8.
2. Chandratatna PAN, Littman BB, Serafini A, et al. Echocardiography evaluation of extracardiac masses. *Br Heart J* 1978;40:741-9.
3. Plehn J, Sager J, Foster E. Pericardial pseudotumor echocardiography observation of juxtacardiac pulmonary collapse. *Chest* 1988; 94:837-41.
4. Mann D, Thompson K, Kaiser J. Cross-sectional echocardiography characterization from extracardiac tumors. *Chest* 1990; 97:404-6.
5. Child JS, Abbasi AS, Pearce ML. Echocardiography differentiation of mediastinal tumors and primary cardiac disease. *Chest* 1975; 67:108-10.
6. Hynes JK, Tajik AJ, Osborn MJ, et al. Two-dimensional echocardiography diagnosis of a pericardial cyst. *Mayo Clin Proc* 1983; 58:60-3.