

Sol Hiler Kitle Görünümü Oluşturan İdiyopatik Pulmoner Arter Anevrizması

Left Hilar Mass Image Forming of Idiopathic Pulmonary Artery Aneurysm

İbrahim Güven Coşğun¹, Saadet Güven², Çağlar Deniz³

Özet

Pulmoner trunkusun vasküler hastalıkları nadir olarak görülür. Otopsi çalışmalarında pulmoner arter anevrizması sıklığı 1: 14000 olarak bulunmuştur. İzole ya da idiyopatik pulmoner arter anevrizması tüm nedenler göz önünde tutulduğunda daha da nadir görülmektedir. Bu yazıda idiyopatik pulmoner arter anevrizmalı olgumuzu akciğer grafisinde hiler kitle görüntüsü oluşturması nedeniyle radyolojik bulgularını irdelemek ve etyolojik nedenlerini vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

Anahtar Sözcükler: Anevrizma, idiyopatik, pulmoner arter.

Abstract

Pulmonary trunk vascular diseases are rare. Autopsy studies have revealed pulmonary artery aneurysm prevalence as 1: 14,000. Isolated or idiopathic pulmonary artery aneurysms are even rarer when all causes are taken into consideration. We present this case due to the hilar mass on the chest radiograph image with radiological findings and etiological factors.

Key words: Aneurysm, idiopathic, pulmonary artery.

Pulmoner trunkusun vasküler hastalıkları nadir olarak görülür. Otopsi çalışmalarında pulmoner arter anevrizması (PAA) sıklığı 1:14.000 olarak bulunmuştur (1). PAA etyolojisinde çeşitli faktörler yer almakla birlikte, izole ya da idiyopatik pulmo-

ner arter anevrizması ise daha nadir görünmektedir. Pulmoner arter anevrizması sıklıkla asemptomatiktir, semptomatik olanlarda efor dispnesi ve öksürük gibi spesifik olmayan şikayetler görülmektedir.

¹Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Afyonkarahisar

²Sorgun Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Yozgat

³Sorgun Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Yozgat

¹Clinic of Pulmonology, Afyonkarahisar State Hospital, Afyonkarahisar, Turkey

²Clinic of Cardiology, Sorgun State Hospital, Yozgat, Turkey

³Clinic of Radiology, Sorgun State Hospital, Yozgat, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 12.11.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 08.12.2014

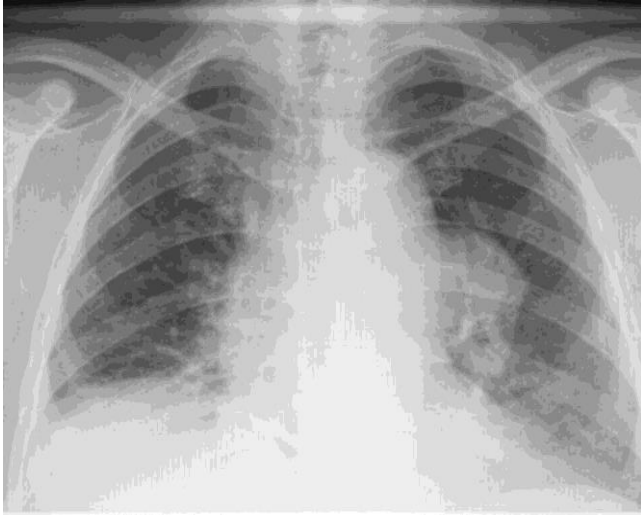
İletişim (Correspondence): İbrahim Güven Coşğun, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Afyonkarahisar

e-mail: dr_guven@hotmail.com



OLGU

Altmış bir yaşında kadın hasta iki yıldır ara ara olan göğüs ve sırt ağrısı şikâyeti nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus nedeniyle insülin kullanımı öyküsü vardı. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde kan basıncı 130/80 mmHg, radyal nabız 94 atım/dk ve düzenliydi. Hastanın solunum sesleri olağan saptandı. Hastanın çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde sol hiler lokalizasyona uyan kitle görünümü veren opasite artışı ve sağ hemidiaframda elevasyon izlendi (Şekil 1). Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'sinde sol ana pulmoner arterde yaklaşık 60 mm'lik segmentte çapı en geniş yerinde 46 mm ölçülen fuziform anevrizmatik dilatasyon görüldü (Şekil 2). Pulmoner trunkus ve her iki ana pulmoner arter lümen içinde trombus veya patolojik görünüm saptanmadı. Her iki akciğer parankim havalanması normal olup her iki akciğerde fokal veya diffüz lezyon izlenmedi. Transtorasik ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %55 saptandı. Doppler ekokardiyografide hafif triküspit ve aort yetersizliği saptandı. Triküspit yetersizlik akımı üzerinden ölçülen sistolik pulmoner arter basıncı normal sınırlarda izlendi. Atriyal ve ventriküler septal defekt, patent duktus arteriyozus izlenmedi. Hastanın fizik muayenesinde ve biyokimyasal tetkiklerinde sistemik bir hastalık veya vaskülitik bir hastalık lehine bulguya rastlanmadı.

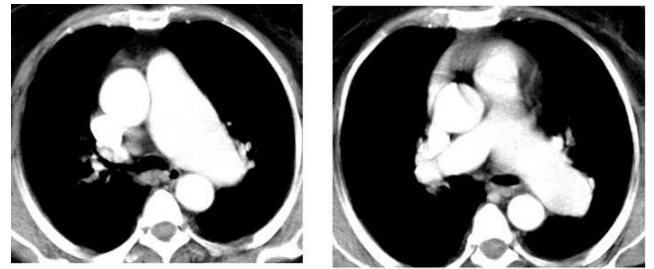


Şekil 1: Posterior-anterior akciğer grafisinde sol hiler lokalizasyonunda kalp konturunu silmeyen kitle görünümü veren opasite artımı ve sağ hemidiaframda elevasyon.

TARTIŞMA

İzole pulmoner arter anevrizması (PAA) pulmoner trunkus anevrizmasına göre daha nadir olarak saptanmaktadır. Pulmoner trunkusun anevrimaları ilk kez Wessler ve Jachnes tarafından tanımlanmıştır (2). Greene ve ark. (3)

idiyopatik pulmoner arter dilatasyonunun tanı kriterlerini şöyle yayınlamışlardır; [a] pulmoner trunkusu dilatasyonu, [b] intra ve ekstra kardiyak şant yokluğu, [c] kronik kardiyopulmoner hastalık olmaması, [d] sifiliz, ateroskleroz, arterit olmamasıdır. Deshmukh ve ark. (4) beşinci tanı kriteri olarak "sağ ventrikül ve pulmoner arter basıncının normal olması"ni eklemişlerdir. Ancak izole PAA için yayınlamış bir tanı kriterleri yoktur. Pulmoner trunkus anevrizmalarının etyolojik nedenleri kardiyak ve kardiyak dışı nedenler olarak iki ayrılır. Kardiyak nedenlerin başında patent duktus arteriyozus, atriyal ve ventriküler septal defekt, pulmoner valvüler stenoz gelir. Kardiyak nedenli sebeplerin dışında sifiliz, Marfan sendromu, Behçet hastalığı, vaskülit, kistik mediyal dejenerasyon, Hughes-Stovin sendromu pulmoner trunkus anevrizmasına neden olabilmektedir (5). İzole pulmoner arter anevrizmasına neden olabileceği en iyi bilinen neden Behçet hastalığıdır. Behçet hastalığında sistemik bulgularla (tekrarlayan ağız ve genital ülserler, üveit) birlikte, sıklıkla trombozun eşlik ettiği sağ alt lob arterlerini tutan PAA görülmektedir. Hughes-Stovin sendromunda ise tekrarlayan venöz tromboz ve PAA görülür. Tüberküloz, piyojenik bakteri infeksiyonlarına bağlı olarak genellikle yalancı anevrizma gelişirken, nadiren gerçek anevrizma gelişmektedir. Bu anevrizmalar pulmoner kanama ve yaşamı tehdit eden hemoptiziye neden olabilmektedir. Pulmoner tüberküloz sonrası gelişen ve 'Rasmussen anevrizması' olarak isimlendirilen PAA'da fokal pulmoner arter genişlemesi görülür (6). Bu hastalıklara ek olarak pulmoner valvüler stenozda izole sol pulmoner arter anevrizmasına neden olabilmektedir. Bizim hastamızda vaskülit ve sistemik hastalık bulgusu, pulmoner arterde tromboz saptanmadı. Doppler ekokardiyografide pulmoner valvüler stenoz, konjenital kardiyak hastalık izlenmedi. Olgumuzda etyolojik neden saptanmadığı ve anevrizmanın pulmoner trunkusta olmaması ve sadece sol pulmoner arterde olması nedeniyle izole (idiyopatik) PAA olarak değerlendirildi.



Şekil 2: Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide aksiyal kesitte izole sol ana pulmoner arter fuziform anevrizmatik dilatasyonuna ait pulmoner arter dilatasyonu.

PAA'lı olgularda anevrizmanın yeri pulmoner trunkusta ise posterior anterior grafide parakardiyak kontürde ikinci bir silüet şeklinde görüntülenmektedir (7). Anevrizma sadece ana pulmoner arterde olanlarda kalp konturunu silen dansite artışı izlenir. Bizim olgumuzdaki gibi bazı hastalarda ise kalp konturunu silmeyen santral kitle şeklinde izlenir (8).

İzole PAA'lı olgular genelde asemptomatiktir ya da eforla ortaya çıkan nefes darlığı, göğüs ağrısı ateş, öksürük ve hemoptizi gibi spesifik olmayan şikayetler ile başvurabilirler. Göğüs ağrısı, genişlemiş pulmoner arterin sol ana koronere basısına, pulmoner arterin genişlemesinin çevre yapılara baskısına ya da pulmoner arterin gerilmesine bağlı olabilmektedir (5). BT'de koroner anatomisinin normal olması ve koroner artere bası olmaması, göğüs ağrısının pulmoner arter gerilmesine bağlı olduğunu düşündürür.

Yüksek basınçlı PAA'lı hastaların anevrizmanın yırtılma ya da disseksiyon riski vardır (9). Bu risk taşıyan hastalarda düzeltici cerrahi önerilebilmektedir. Ancak cerrahinin uzun dönem sonuçları bilinmemekte, sonuçları değişken ve cerrahi riskleri çok iyi tanımlanmamıştır (5). Pulmoner hipertansiyonun olmadığı PAA'lı hastalılarda uzun dönemde anevrizmanın yırtılma durumunun çok düşük olduğu kabul edilmektedir (5,10). Normal basınçlı PAA'lı hastaların düzenli uzun süre takipleri ile birlikte anevrizmanın progresyonu daha iyi bilinebilecektir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - İ.G.Ç., S.G., Ç.D.; Tasarım ve Dizayn - İ.G.Ç., S.G., Ç.D.; Denetleme - İ.G.Ç., S.G., Ç.D.; Kaynaklar - İ.G.Ç., S.G., Ç.D.; Malzemeler - İ.G.Ç., S.G., Ç.D.; Veri Toplama ve/veya İşleme - İ.G.Ç.; Analiz ve/veya Yorum - İ.G.Ç.; Literatür Taraması - İ.G.Ç.; Yazıyı Yazan - İ.G.Ç.; Eleştirel İnceleme - İ.G.Ç.

KAYNAKLAR

1. Deterling RA Jr, Clagett OT. Aneurysm of the pulmonary artery: review of the literature and report of a case. *Am Heart J* 1947; 34:471-99. [\[CrossRef\]](#)
2. Wessler H, Jaches L. Clinical roentgenology of disease of the chest. Troy, New York: The Southworth Company; 1923:26.
3. Greene DG, Baldwin EF, Baldwin JS, Himmelstein A, Rob CE, Cournand A. Pure congenital pulmonary stenosis and idiopathic congenital dilatation of the pulmonary artery. *Am J Med* 1949; 6:24-40. [\[CrossRef\]](#)
4. Deshmukh M, Guvenc S, Bentivoglio L, Goldberg H. Idiopathic dilatation of the pulmonary artery. *Circulation* 1960; 21:710-6. [\[CrossRef\]](#)
5. Arslan Ş, Kalkan ME, Gündoğdu F, Kantarcı M. Göğüs ağrısı ile başvuran bir olguda idiyopatik pulmoner arter anevrizması. *Arch Turk Soc Cardiol* 2009; 37:253-5.
6. Shih SY, Tsai IC, Chang YT, Tsan YT, Hu SY. Fatal haemoptysis caused by a ruptured Rasmussens's aneurysm. *Thorax* 2011; 66:553-4. [\[CrossRef\]](#)
7. Zeina AR, Gazawi A. Idiopathic pulmonary artery aneurysm detected with multidetector computed tomography: a rare but potentially lethal vascular abnormality. *Isr Med Assoc J* 2011; 13:581-2.
8. Barutcu I, Karapınar H, Akçakoyun M, Esen AM, Özkan M. Giant pulmonary artery aneurysm, calcific pulmonary and aortic stenosis and abnormally originating right coronary artery all together in an old woman. *Kosuyolu Heart J* 2006; 10:58-60.
9. Smalcelj A, Brida V, Samarzija M, Matana A, Margetic E, Drinkovic N. Giant, dissecting, high-pressure pulmonary artery aneurysm: case report of a 1-year natural course. *Tex Heart Inst J* 2005; 32:589-94.
10. Puri D, Kaur HP, Brar R, Singh KP, Sahoo M, Mahant TS. Ruptured pulmonary artery aneurysm: a surgical emergency. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2011; 19:436-9. [\[CrossRef\]](#)