

Göğüs ağrısı ile başvuran bir olguda idiyopatik pulmoner arter anevrizması

Idiopathic pulmonary artery aneurysm in a patient presenting with chest pain

Dr. Şakir Arslan, Dr. M. Emin Kalkan, Dr. Fuat Gündoğdu, Dr. Mecit Kantarcı¹

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, ¹Radyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Pulmoner arter anevrizması (PAA) nadir görülen bir durumdur. İzole ya da idiyopatik PAA daha da nadirdir. Altmış iki yaşında kadın hasta eforla ortaya çıkan göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Kan basıncı 100/60 mmHg, radyal nabız 100 atım/dk ve düzenliydi. Transtorasik ekokardiyografide ana pulmoner arter ve dallarının ileri derecede genişlediği saptandı. Triküspit yetersizliği akımı üzerinden sistolik pulmoner arter basıncı 30 mmHg ölçüldü. Transözofageal ekokardiyografide ana pulmoner arter ve dallarının genişlediği görüldü, trombus saptanmadı. Çokkesitli bilgisayarlı tomografide ana pulmoner arter 53 mm, sol pulmoner arter 42 mm, sağ pulmoner arter 34 mm ölçüldü. Hastada PAA'ya yol açabilecek herhangi bir neden bulunamadı.

Anahtar sözcükler: Anevrizma; göğüs ağrısı; ekokardiyografi; pulmoner arter/patoloji.

Pulmonary artery aneurysm (PAA) is a rare entity, isolated or idiopathic PAA is even less common. A 62-year-old woman presented with complaints of chest pain on exertion, palpitation, and dyspnea. Her blood pressure was 100/60 mmHg, and radial pulse was 100 beats/min and rhythmic. Transthoracic echocardiography demonstrated extreme dilatation of the main pulmonary artery and its branches. Systolic pulmonary artery pressure measured over the tricuspid regurgitation was 30 mmHg. Transesophageal echocardiography confirmed the presence of dilated pulmonary arteries and there was no thrombus. By multislice computed tomography, the diameters of the main, left, and right pulmonary arteries were measured as 53 mm, 42 mm, and 34 mm, respectively. No cardiac or pulmonary cause was found for the PAA.

Key words: Aneurysm; chest pain; echocardiography; pulmonary artery/pathology.

Pulmoner trunkusun vasküler hastalıkları nadir olarak görülür. Otopsi çalışmalarında pulmoner arter anevrizması (PAA) sıklığı 1:14000 olarak bulunmuştur.^[1] Pulmoner arter anevrizmasının etyolojisinden birçok faktör sorumlu tutulmuştur. İzole ya da idiyopatik PAA, tüm nedenler göz önünde tutulduğunda daha da nadir görülmektedir.^[2-5] Bu durumun uzun dönem sonuçları, takip ve tedavisinin yönetimi, cerrahi girişimin endikasyonları ve zamanlaması konusunda net veriler bulunmamaktadır.

Pulmoner arter anevrizması olan hastaların birçoğu asemptomatiktir.^[6] Semptomatik olan hastalar ise genel olarak eforla ortaya çıkan ve çok ciddi olmayan nefes darlığı, ateş, öksürük, hemoptizi gibi spesifik olmayan şikayetlerle başvurabilirler.^[7] Bu yazıda, başvuru nedeni göğüs ağrısı olan idiyopatik PAA'lı bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Altmış iki yaşında kadın hasta acil servisimize göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede kan basıncı 100/60 mmHg, radyal nabız 100 atım/dk ve düzenliydi. Hastanın yaklaşık yedi yıldır devam eden bronşiyal astım öyküsü vardı. Kardiyovasküler sistem muayenesi taşikardi dışında doğaldı. Dinlemekle akciğerlerde iki taraflı, hafif derecede ronkus duyuluyordu. Teleradyografisinde pulmoner arterde belirginleşme saptandı. On iki derivasyonlu elektrokardiyografide sağ eksen sapması ve sinüzal taşikardi vardı. Transtorasik ekokardiyografide sağ ve sol kalp boyutları, fonksiyonları normaldi; ancak ana pulmoner arter ve dallarında ileri derecede genişleme gözlemlendi (Şekil 1a). Doppler ekokardiyografide hafif triküspit ve pulmoner yetersizliği saptandı. Triküspit yetersiz-

Geliş tarihi: 23.06.2008 Kabul tarihi: 31.10.2008

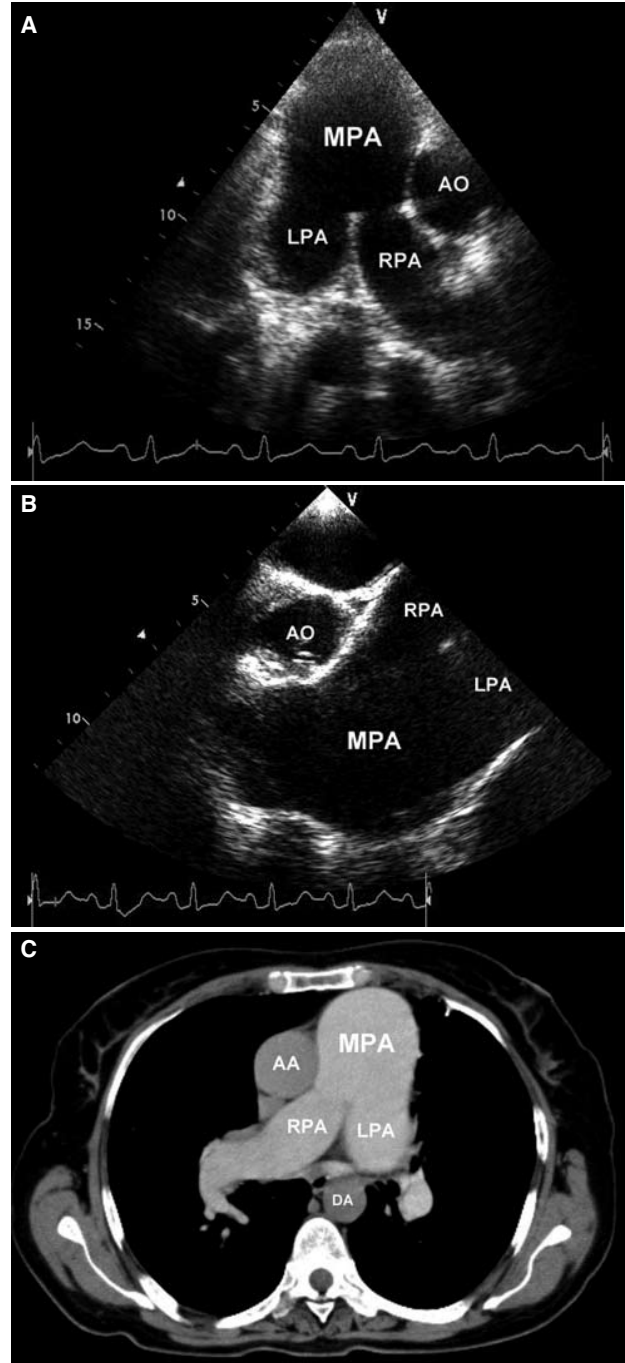
Yazışma adresi: Dr. Şakir Arslan, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, 25240 Yenişehir, Erzurum. Tel: 0442 - 316 63 33 / 1455 e-posta: drsakirarslan@gmail.com

lik akımı üzerinden ölçülen sistolik pulmoner arter basıncı 30 mmHg olarak hesaplandı. Hastanın fizik muayenesinde ve biyokimyasal tetkiklerinde sistemik bir hastalık veya vaskülitik bir hastalık lehine bulguya rastlanmadı. Ayrıca, Behçet hastalığının tanısal değerlendirilmesi için yapılan paterji testi negatif bulundu. Pulmoner arterin daha ayrıntılı değerlendirilmesi, olası doğuştan kalp hastalıklarının ortaya çıkarılması ve pulmoner trombüs açısından hasta transözofageal ekokardiyografi ve sonrasında çokkesitli bilgisayarlı tomografi (BT) ile incelendi. Transözofageal ekokardiyografide ana pulmoner arter 54 mm olarak ölçüldü (Şekil 1b). Duktus arteriyozus açıklığı, atriyal septal defekt gibi doğuştan anomali veya trombüs ya da kitle saptanmadı. Doppler ekokardiyografide ise hafif pulmoner yetersizliği saptandı. Çokkesitli BT'de ana pulmoner arter 53 mm, sol pulmoner arter 42 mm, sağ pulmoner arter 34 mm ölçüldü (Şekil 1c). İntrakardiyak olası bir trombüs ya da kitle lehine bulguya rastlanmadı. Koroner arterler normal olarak değerlendirildi. Her iki akciğer parenkiminde hafif havalanma artışı saptandı. Hastanın arşiv bilgileri incelendiğinde, bir yıl önce yapılan BT incelemesinde PAA varlığının gösterildiği ve anevrizma çaplarının benzer olduğu görüldü. Pulmoner anevrizmanın pulmoner arter dallarını da içine alması, anevrizma boyutunda artma olmaması nedeniyle cerrahi girişim düşünülmedi. Nazal oksijen tedavisi, intravenöz ve oral bronkodilatör tedavi ile semptomları gerileyen hasta kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ana pulmoner arter anevrizması oldukça nadir görülen bir durumdur.^[1] Pulmoner arter hipertansiyonuna neden olan kardiyak ve pulmoner nedenler başta olmak üzere, ateroskleroz, çeşitli enfeksiyonlar (sifiliz, bakteriyel endokardit, tüberküloz), Marfan sendromu ve diğer bağ dokusu hastalıkları, kistik mediyal dejenerasyon, travma, Behçet hastalığı ve Hughes-Stovin sendromu PAA'ya yol açabilmektedir.^[2,3,8] İdiyopatik PAA ise çok daha nadir görülür. Pulmoner arterin idiyopatik genişlemesinin spesifik tanısı için çeşitli ölçütler belirlenmiştir. Bu ölçütlere göre, pulmoner arteri genişletecek kardiyak ya da pulmoner bir nedenin yokluğunda ve normal pulmoner arter basıncı varlığında, pulmoner trunkusun çapının >30 mm olması idiyopatik PAA olarak tanımlanmaktadır.^[9]

Pulmoner arter anevrizmalarının yarısından fazlası doğuştan kalp hastalıkları ile ilişkilidir. Bunların da en başında duktus arteriyozus açıklığı, atriyal veya ventriküler septal defektler gelmektedir. Pulmoner anevrizmalar ile ilişkili vaskülitin en yaygın türü



Şekil 1. (A) Transtorasik ekokardiyografide kısa eksen görünümünde, (B) transözofageal ekokardiyografide ve (C) çokkesitli bilgisayarlı tomografide anevrizmatik ana pulmoner arter ve dalları. Ao: Aort; MPA: Ana pulmoner arter; LPA: Sol pulmoner arter; RPA: Sağ pulmoner arter; AA: Çıkan aort; DA: İnen aort.

Behçet hastalığı ve Hughes-Stovin sendromudur. 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 tek-

rarlayan venöz tromboz ve PAA görülür. Tüberküloz, piyojenik bakteri ve mantar enfeksiyonlarına bağlı olarak genellikle yalancı anevrizma, nadiren de 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.^[10]

İdiyopatik PAA'lı olgular genelde asemptomatiktir ya da eforla ortaya çıkan nefes darlığı, ateş, öksürük ve hemoptizi gibi spesifik olmayan şikayetler ile başvurabilirler. Bazı hastalarda göğüs ağrısı da olabilmektedir. Bu hastalarda göğüs ağrısı, genişlemiş pulmoner arterin sol ana koronere basısına, pulmoner arterin genişlemesinin çevre yapılara baskısına ya da pulmoner arterin gerilmesine bağlı olabilmektedir.^[11] Çokkesitli BT'de koroner anatomisinin normal olması ve koroner artere bası olmaması, göğüs ağrısının pulmoner arter gerilmesine bağlı olduğunu düşündürür.

Pulmoner arter anevrizmalı hastalarda anevrizmada diseksiyon ya da yırtılma riski vardır.^[12] Hastalar çoğunlukla anevrizmada yırtılma sonucunda kaybedilirler. Bu yüzden, düzeltici cerrahi önerilmektedir. Ancak, cerrahi tedavinin riskleri ve uzun dönem sonuçları iyi tanımlanmamıştır ve sonuçları oldukça değişkendir.^[2] Nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizi, anevrizmanın büyüklüğü gelecekte oluşabilecek ölümcül bir komplikasyon olan yırtılmanın erken belirtileri olarak kabul edilmektedir.^[2,8] Ancak, pulmoner hipertansiyonun yokluğunda anevrizmanın yırtılma riskinin çok düşük olduğu gösterilmiştir. Özellikle soldan-sağa şanta bağlı gelişen PAA'da artmış pulmoner akım ve artmış pulmoner arter basıncı yırtılma riskini artırmaktadır.^[13] Yırtılma olasılığının mikotik anevrizmalı ya da Behçet hastalığı bulunan olgularda daha fazla olduğu belirtilmiştir.^[12-14]

KAYNAKLAR

1. Shih HH, Kang PL, Lin CY, Lin YH. Main pulmonary artery aneurysm. J Chin Med Assoc 2007;70:453-5.
2. Bartter T, Irwin RS, Nash G. Aneurysms of the pulmonary arteries. Chest 1988;94:1065-75.
3. Imazio M, Cecchi E, Giammaria M, Pomari F, Tabasso MD, Ghisio A, et al. Main pulmonary artery aneurysm: a case report and review of the literature. Ital Heart J 2004;5:232-7.
4. Nair KK, Çobanoğlu AM. Idiopathic main pulmonary artery aneurysm. Ann Thorac Surg 2001;71:1688-90.
5. Fang CC, Tsai CC. Idiopathic pulmonary artery aneurysm. J Formos Med Assoc 1996;95:873-6.
6. Zhao YJ, Cheng XS. An analysis of 21 cases of idiopathic dilatation of the pulmonary artery. Zhonghua Nei Ke Za Zhi 1992;31:24-5. [Abstract]
7. Dayıoğlu E, Sever K, Başaran M, Kafalı E, Uğurlucan M, Sayın OA, et al. Idiopathic pulmonary artery aneurysm. Indian J Thorac Cardiovasc Surg 2004;20:140-1.
8. Durieux P, Bletry O, Huchon G, Wechsler B, Chretien J, Godeau P. Multiple pulmonary arterial aneurysms in Behçet's disease and Hughes-Stovin syndrome. Am J Med 1981;71:736-41.
9. Deshmukh M, Güvenç S, Bentivoglio L, Goldberg H. Idiopathic dilatation of the pulmonary artery. Circulation 1960;21:710-6.
10. Nguyen ET, Silva CI, Seely JM, Chong S, Lee KS, Müller NL. Pulmonary artery aneurysms and pseudoaneurysms in adults: findings at CT and radiography. AJR Am J Roentgenol 2007;188:W126-34.
11. Decuypere V, Delcroix M, Budts W. Left main coronary artery and right pulmonary vein compression by a large pulmonary artery aneurysm. Heart 2004;90:e21.
12. 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.
13. Graham JK, Shehata B. Sudden death due to dissecting pulmonary artery aneurysm: a case report and review of the literature. Am J Forensic Med Pathol 2007;28:342-4.
14. Benveniste O, Bruneel F, Bédos JP, Wolff M, Lesèche G, Lepout C, et al. Ruptured mycotic pulmonary artery aneurysm: an unusual complication of right-sided endocarditis. Scand J Infect Dis 1998;30:626-9.