

OLGU SUNUMU

Arif Duran¹
Tarık Ocak¹
Ümmügül Üyetürk²
Alim Erdem³
Hüsnü Önder¹
Mehmet Şakir Maltaş¹

¹Abant İzzet Baysal
Üniversitesi, Acil Tıp AD,
Bolu

²Abant İzzet Baysal
Üniversitesi, İç Hastalıkları
AD, Bolu

³Abant İzzet Baysal
Üniversitesi, Kardiyoloji AD,
Bolu

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Arif Duran
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı,
14280 Gölköy / BOLU
Tel: 0 374 2534656 dahili 3155
Fax: 0 374 2534615
E-mail: drarifduran@gmail.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Kardiyak Tamponad Kliniği ile Gelen Primeri Belli Olmayan Malignite: Olgu Sunumu

ÖZET

Kalp tamponadı, perikardiyal boşlukta sıvı birikmesi ile kalbin doluşu ve kasılmasını engelleyerek hayati tehlike oluşturabilecek önemli bir sağlık durumudur. Etiyolojisinde travma, renal yetmezlik, myokart enfarktüsü, kardiyovasküler sistem ameliyatları, koroner anjiyografiler, maligniteler bulunur. Akut ya da kronik effüzyon gelişmesine bağlı olarak klinik belirtileri değişebilir. Malignitelere bağlı gelişen kardiyak tamponad, malignite tipine ve yayılımına bağlı çeşitli nedenlerle olmaktadır. Bu sunumda öncesinde herhangi bir rahatsızlığı olmayan, akut kardiyak tamponad bulguları ile acil kliniğimize başvuran ve tetkiklerinde primeri belirlenemeyen malignite tesbit edilen bir olgu sunduk.

Anahtar kelimeler: Senkop, Kardiyak Tamponad, Perikardiosentez

Cardiac Tamponade with Primary Certain Non-Malignancy in Clinic: Case Report

ABSTRACT

Cardiac tamponade is a major life threatening condition characterized with accumulation of fluid in pericardial cavity which prevents heart contractions. Etiology includes trauma, renal failure, myocardial infarction, cardiovascular surgery, coronary angiography, and malignancies. Clinical signs vary depending on the development rate of tamponade. Malignancy related tamponade is caused by different factors that associated with the type and the extension of malignancy. We present a patient who admitted to our emergency department with cardiac tamponade caused by a malignancy of an unknown primary

Key words: Syncope, Cardiac Tamponade, Pericardiosentesis

GİRİŞ

Kalp tamponadı hayatı tehdit eden bir durum olduğundan hızla tanı konulup tedavi edilmesi gerekir. Kardiyak tamponatta klinik, sıvı birikim hızı ve miktarı ile ilişkili olup erken tanı ve tedavi yaşam kurtarıcıdır (1,2). Kritik tamponad, kardiyojenik şokun bir formu olup ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır. Birçok malignite kardiyak tamponada neden olabilir (2).

Bu çalışmada bilinen herhangi bir rahatsızlığı olmayan ve ilk klinik bulgusu akut kardiyak tamponad olan, primeri tespit edilemeyen malignite olgusunu sunduk.

OLGU

60 yaşında erkek hasta acil kliniğimize şuur değişikliği, konuşma bozukluğu şikayetleri ile getirildi. Yakınları tarafından şikayetlerinin yaklaşık 2 saat önce başladığı, göğsünün ve sırtının çok ağrıdığını söylediğinden sonra şuurunun kaybolduğu ifade edildi. Daha öncesinde herhangi bir rahatsızlığının olmadığı, ilaç kullanmadığı öğrenildi. Vital bulgularında tansiyon arteriyel sağ:70/40 mmHg, sol 75/40 mmHg, nabız sayısı 115/dakika, parmak ucu saturasyon O₂: %94 olarak ölçüldü. 1000 cc %0,9 NaCl solüsyonu ve 5 µcg/kg/dk dopamin infüzyonu başlandı. Elektrokardiyografisi sinüs taşikardisi (115/dakika) haricinde normal olarak kabul edildi. Fizik muayenesinde sol juguler venöz dolgunluk haricinde bir patolojiye rastlanılmadı. Nörolojik muayenesinde taraf bulgusu olmayıp, patolojik reflekse rastlanılmadı. Glaskow Koma Skalası (GKS): 12 (E₃ V₄ M₅) olarak değerlendirildi. Mevcut klinik durumunun aort diseksiyonu mu yoksa yeni gelişen serebrovasküler bir hadiseden mi olduğunu araştırmak için bilgisayarlı tomografi çekildi. Beyin tomografisinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Aorta yönelik çekilen kontrastlı tomografide ise aortik yapılarda patolojiye rastlanılmadı ancak belirgin perikardiyal mayi koleksiyonu (en geniş yerinde 26 mm) tespit edildi (Resim 1). Ayrıca karaciğerde 8 ayrı noktada ve sol böbrekte metastatik görüntü veren patolojik yapılar tespit edildi (Resim 2). Acil şartlarda yapılan ekokardiyografisinde sağ atriyum kenarında 36 mm, sağ ventrikül kenarında 25 mm olarak muhtemel hemorajik vasıflı mai koleksiyonu izlendi. Hastaya transtorasik perkutan yolla perikardiyosentez yapılarak yaklaşık 50 cc hemorajik vasıflı mayi aspire edildi ve serbest drenaja bırakıldı. Perikardiyosentezle birlikte hastanın tansiyon arteriyeli 130/80 mmHg seviyelerine yükseldi, kalp ritmi 85 /dk oldu. Saatler içerisinde şuru tam olarak açıldı, GKS: 15 oldu. 24 saat içerisinde yaklaşık 220 cc mayi drenajı oldu. Perikardiyosentez ile alınan mayinin sitolojik incelemesinde herhangi bir patolojik unsura rastlanılmadı. Kardiyak tamponad nedeninin primeri belli olmayan maligniteye bağlı olduğu düşünüldü. Kardiyoloji kliniğinde takibinin 5.

gününde onkoloji kliniğine devir yapıldı. Hasta takibinin 7. Gününde vefat etti.



Resim 1. Perikardiyal mayi koleksiyonu (en geniş yerinde 26 mm) tespit edildi.



Resim 2. Karaciğerde 8 ayrı noktada ve sol böbrekte metastatik görüntü veren patolojik yapılar tespit edildi.

TARTIŞMA

Kardiyak tamponadın Amerika Birleşik Devletleri'nde 10.000'de 2 olguda görülmekte olduğu tahmin edilmektedir (3). Kardiyak tamponad, kardiyojenik şokun bir formu olduğu için nedenlerinin çok erken bir şekilde tespit edilerek tedavisinin hızlı bir şekilde başlanması hayat kurtarıcı olmaktadır (4). Etiyolojisinde; maligniteler (özellikle akciğer kökenli olanlar), kemoterapotik ilaçlar (antrasiklinler dediğimiz doksorubusin ve dounorubusin) (5), böbrek yetmezliği, travma, hipotroidi, aort kökünü tutan diseksiyonlar, kollogen doku hastalıkları (sistemik lupus eritemozus, romatoid artrit), başta tüberküloz olmak üzere bakteriyel enfeksiyonlar sık nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca nadir olarak bildirimi yapılan kardiyak tamponad bulguları ile gelecek büyük timoma (6), dev karaciğer sarkomu (7), serviksdan kaynaklanan adenokarsinom (8)

tespit edilen vakalarda vardır. Bizim vakamızda primerini tespit edemediğimiz, karaciğerde 8 odakta ve sol böbrek üst-arka polde metastazları olan malignite kabul edildi. Kabukçu ve arkadaşlarının yapmış olduğu 30 vakalık kardiyak tamponad çalışmasında bizim vakamızda olduğu gibi 3 vakanın daha öncesinde herhangi bir malignitesi olmadığı, ilk kez tamponad kliniği ile başvurduğu tespit edilmiştir (9).

Kardiyak tamponad oluşumuna neden olacak sıvı miktarı perikardın kalınlığı ve esneme özelliğine göre 200–1000 cc arasında değişebilir. Tekrarlayan perikardit atakları perikardda skar dokusu oluşturacağından hastalarda daha az miktarda sıvı bile kardiyak tamponad oluşturabilir (5). Bizim vakamızda 24 saatte toplam 220 cc mayi drenajı oldu.

Akut kardiyak tamponad kliniği ağır olabildiğinden hemodinamik bozukluk sonrası serebral perfüzyon problemleri olabilir ve şuur değişikliği yapabilir. Bizim vakamızın GKS: 12 idi. Ayrıca ani başlangıçlı göğüs ağrısının olması da koroner sendrom yada aort diseksiyonunu akla getirmekte idi. Bilgisayarlı tomografinin kolay ulaşılabilirliği ve hızlı görüntü sağlaması tanıya ulaşılmada önemli avantajlar sağlamaktadır. Hasta başı ekokardiyografi eşliğinde perikardiyosentez yapılması olası muhtemel komplikasyonları en aza indirecektir.

Sonuç olarak; kardiyak tamponad kliniği ile gelen hastalarda erken müdahale hayat kurtarıcı olduğu gibi sonrasında yapılacak olan tanı amaçlı ileri tetkik çalışmaları da etiyolojiji aydınlatma yönüyle değerli olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aksakal E, Sevimli S, Şimşek Z ve ark. Kardiyak tamponadlı hastalarda sol ventrikül fonksiyonlarının gerilim (strain) ve gerilim hızı (strain rate) ekokardiyografi ve doku Doppler görüntüleme ile değerlendirilmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2011;39(6):479-86.
2. Çelik F, Tüfek A, Doğan E, Temel V, Yıldırım ZB, Kavak GÖ. Kardiyak tamponat sonrası gelişen reekspansif akciğer ödemi: olgu sunumu. *Konuralp Tıp Dergisi [Konuralp Medical Journal]* 2012;4(1):41-3.
3. Grecu L. Cardiac tamponade. *Int Anesthesiol Clin.* 2012;50(2):59-77.
4. Spodick DH. Pericardial diseases. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P (eds). *Heart Disease a Textbook of Cardiovascular Medicine.* 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Comp, 2001:1823-76.
5. Chabner B, Myers C. Antitumor antibiotics. In DeVita V, Hellman S, Rosenberg S (Eds.). *Cancer principles and practice of oncology.* 4th Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1993; 374–84.
6. Fazlıoğulları O, Atalan N, Gürer O, Akgün S, Arsan S. Cardiac tamponade from a giant thymoma: case report. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2012;7:14. <http://www.cardiothoracicsurgery.org/content/7/1/14>.
7. Hanna GM, Weidman JR, Eikermann. A massive upper abdominal tumor an unusual mechanism of atelectasis and cardiac tamponade. In: *Anesthesiology, The American Society of Anesthesiologists,* Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2012.
8. Azria E, Dufeu M, Fernandez P, Walker F, Luton D. Cervical adenocarcinoma presenting as a cardiac tamponade in a 57-year-old woman: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2011;5(1):594.
9. Kabukçu M, Demircioğlu F, Yanık E ve ark. Otuz büyük miktarda efüzyonlu perikard tamponad olgu serisi: etiyolojik faktörlerin ve perkütan kateter drenaj tedavisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Tıp Dergisi* 2002;9(1):15-20.