

Yılanvari Sağ Atriyum Trombüsünün Neden Olduğu Pulmoner Emboli Olgusu

A Case Of Pulmonary Embolism Due To Serpentine-Like Right Atrial Thrombus

Selçuk Öztürk, Tolga Memioğlu, İbrahim Dönmez, Mehmet Yazıcı

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Bolu

Özet

Geliş Tarihi: 03.02.2015 Kabul Tarihi: 20.02.2015

Sağ atriyumda trombüs varlığı pulmoner emboli için yüksek risk teşkil etmektedir ve tespit edildiğinde hemen tedavi başlatılmalıdır. Trombolitik tedavi, cerrahi embolektomi, antikoagülasyon tedavi seçenekleridir. Fakat tedavi seçimi konusunda net bir görüş birliği yoktur. Bu yazıda; kliniğimize çarpıntı, nefes darlığı, senkop şikayetleriyle başvuran ve sağ atriyumda hareketli, yaygın, yılanvari trombüs tespit ettiğimiz bir olguyu anlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Sağ atriyum; Pulmoner embolizm; Trombüs

Abstract

Received : 03.02.2015 Accepted: 20.02.2015

Right atrial thrombus carries high risk for pulmonary embolism and treatment should be started immediately once a diagnosis is made. Thrombolytic therapy, surgical embolectomy, anticoagulation are the treatment modalities. But the optimal treatment modality remains uncertain. In this report, we present a case applying our clinic with palpitation, dyspnea and syncope; whom we detected mobile, massive, serpentine-like right atrial thrombus.

Keywords: Right atrium; Pulmonary embolism; Thrombus

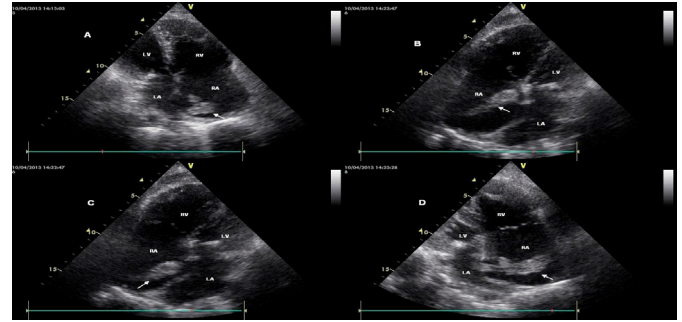
Giriş

Akut pulmoner emboli dünya genelinde en sık ölüm nedenlerinden biridir ve tanı konulduğu zaman erken müdahale edilmesini gerektiren bir durumdur. Pulmoner emboli hastalarının % 3-23'ünde sağ atriyumda hareketli trombüs tespit edilmektedir ve bu durum pulmoner embolinin daha da ölümcül seyretmesine neden olmaktadır.^{1,2} Tedavi seçenekleri arasında trombolitik tedavi, cerrahi embolektomi, antikoagulasyonla izlem vardır fakat en uygun tedavi stratejisini belirleme konusunda net bir görüş birliği yoktur. Bununla birlikte; bu hastaların tedavisinde olabilecek herhangi bir erteleme ya da gecikme ölümcül seyredebilmektedir.³ Burada pulmoner emboli kliniğiyle başvuran ve transtorasik ekokardiyografide sağ atriyumda hareketli, yaygın ve yılanvari trombüs saptanan bir hastanın takdim edilmesi ve benzer olgularda uygun tedavi stratejilerinin tartışılması amaçlandı.

Vaka Sunumu:

Seksen dört yaşında bayan hasta bir hafta önce gerçekleşen senkop ve sonrasında başlayan nefes darlığı, çarpıntı şikayetiyle dış merkezdeki bir klinikte değerlendirildikten sonra koroner arter hastalığı ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve ileri yaş dışında başka bir risk faktörü yoktu. Hastanın kliniğe başvurusundaki genel durumu kötüydü. Fizik muayenede nabız:76/dk, TA:90/60 mmHg, solunum sayısı 22/dk olup; kardiyak oskültasyonda triküspit odakta 3/6 sistolik üfürüm vardı. Solunum sistemi muayenesinde ise her iki akciğer bazalinde solunum seslerinde azalma mevcuttu. Akciğer grafisinde hafif kardiomegali dışında patolojik bir görünüm yoktu. Elektrokardiyografide yüksek ventrikül yanıtli atriyal fibrilasyon ve sol dal bloğu mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde D-dimer 14.6 µg/mL (normal referans değer: 0-0.50 µg/mL) ve troponin-I 1.2 ng/mL (normal referans değer: 0-0.06 ng/mL) tespit edildi. Yapılan transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %50 idi ve sağ kalp boşluklarındaki basınç artışına bağlı olduğu düşünülen anormal septal hareket mevcuttu. Sağ atriyum ve sağ ventrikül boyutları artmış olarak tespit edildi ve ileri seviyede triküspit yetersizliğiyle beraber pulmoner arter basıncının 60 mmHg ölçüldüğü pulmoner hipertansiyon mevcuttu. Sağ atriyum içerisinde aşırı derecede hareketli, yaygın, yılanvari trombüs gözlemlendi (Resim1). Hasta koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin baş-

landı. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş intrakranial kanama öyküsü olması nedeniyle trombolitik tedavi kontrendike olarak değerlendirildi. Hasta sağ atriyum trombüs rezeksiyonu ve embolektomi için kalp ve damar cerrahisi bölümüne konsulte edildi. Kalp ve damar cerrahisi ekibi tarafından hastaya trombüs rezeksiyonu için acil operasyon planlandı fakat ameliyat hazırlıkları sırasında hastada kardiyopulmoner arrest gelişti ve kardiyopulmoner resusitasyona yanıt alınamaması neticesinde hasta eksitus oldu. Hastanın kliniğe başvurusundaki genel durumunun kötü olması ve kısa süre içerisinde eksitus olması nedeniyle hastadan yazılı onam alınamadı fakat hasta yakınları sözel olarak bilgilendirildi.



Resim 1: Transtorasik ekokardiyografide, apikal dört boşluk ve subkostal görüntülerden elde edilen yaygın, hareketli, yılanvari sağ atriyum trombüsü (ok işareti) görülmektedir. (Panel A) Apikal dört boşluk görüntülemesinde sağ atriyum trombüsü ve artmış sağ kalp boşlukları görülmektedir. (Panel B,C,D) Sağ atriyum trombüsü subkostal pencereden gösterilmiştir. Trombüsün hareketliliği, sağ kalp boşluklarında genişleme ve interatriyal septumda deviasyon dikkat çekmektedir. LA, sol atriyum; LV, sol ventrikül; RA, sağ atriyum; RV, sağ ventrikül.

Tartışma:

Sağ kalp boşluklarında trombüs, vejetasyon, tümör gibi intrakaviter kitleler çok seyrek görülmektedir ve genellikle rastlan-tıl olarak saptanırlar. Sağ atriyumdaki trombüsle ilgili olgular ilk kez 1980'li yıllarda yayımlanmaya başlanmıştır ve bu olgular pulmoner emboli geçiren hastalarla ilgilidir.³ Sağ atriyumdaki trombüsler, sıklıkla ince ve uzun yapıda olup, çok hareketli, yılanvari (serpenjinöz) ve filiform yapıdadırlar. Sağ atriyumda lokal olarak gelişebilecekleri gibi, sıklıkla derin venlerden ya da venöz yatağın başka bölgelerinden embolize olup sağ atriyuma ilerleyebilirler. Sağ atriyum içerisinde triküspit kapak, östakiyan kapakçık, patent foramen ovale, interatriyal septum gibi bölgeler trombüsün sağ atriyuma tutunması için zemin oluşturmaktadırlar.⁴

Pulmoner emboli tanısı zor konan ve morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir hastalık olup prognozu etkileyen en önemli faktörlerden biri doğru ve hızlı bir şekilde tanıya ulaşmaktır. Transtorasik ekokardiyografi, pulmoner emboli geçiren hastaların %4-20'sinde sağ atriyumdaki trombüsün tespit edilmesini sağlar. Sağ atriyum trombüsü bulunan olgularda ise pulmoner emboli insidansı %97 olup olguların %44'ü ölümcül seyretmektedir.⁴ Nitekim bizim olgumuzda da; hasta pulmoner emboli kliniğiyle tarafımıza başvurmuştur ve yapılan transtorasik ekokardiyografide sağ atriyumda trombüs tespit edilmiş fakat hasta koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldıktan kısa bir süre sonra ölüm olayı gerçekleşmiştir.

Sağ kalp trombüsü ile birlikte olan pulmoner emboli vakalarında en uygun tedavi rejimi tartışmalıdır ve bu konuda görüş birliği yoktur. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Amerikan Göğüs Hekimleri Birliği (ACCP) kılavuzlarına göre akut pulmoner emboli ile birlikte sağ kalp trombüsünün bulunduğu hastalara hemodinamik kararsızlıktan bağımsız olarak yüksek risk atfedilmiştir ve bu hasta grubuna acil tedavi önerilmiştir. Bu hasta grubunda tedavi seçenekleri arasında cerrahi tedavi, trombolitik tedavi, tek başına heparin tedavisi veya bunların kombinasyonu vardır. Tedavi seçenekleri hakkında kanıt dayalı tavsiye bulunmamaktadır fakat mortalite oranının daha az olması sebebiyle birçok çalışmada ve olguda trombolitik tedavinin daha avantajlı olduğu bildirilmiştir.

Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda mortalite oranları trombolitik tedavi verilenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Hemodinamik bozukluğu, hipotansiyon ve şok bulguları olan, genel durumu pulmoner emboli nedeniyle bozulan hastalarda trombolitik tedavi endikasyonu vardır.⁴ Rose ve arkadaşlarının yayınladığı bir çalışmanın sonuçlarına göre tedavi uygulanmayan, antikoagülasyon alan, embolektomi ile tedavi edilen ve trombolitik ile tedavi edilen hastalarda mortalite oranları sırasıyla %100, %29, %24 ve %11 olup; tek başına antikoagülasyon uygulamasının bu hastalarda yetersiz olacağı ve eğer kontrendike bir durum yoksa trombolitik tedavinin daha avantajlı olduğu savunulmuştur. Fakat trombolitik tedavide artmış intrakranial ve retroperitoneal kanama riskiyle ilişkilendirilmiştir.⁵

Trombolitik tedavinin hızlı bir şekilde uygulanabilir olması

trombolitik tedaviyi, cerrahi tedaviye göre daha avantajlı konuma getirmektedir. Trombolitik ajanlar trombüs lizisini ve pulmoner reperfüzyonu artırıp, pulmoner hipertansiyonu azaltırlar. Bunun neticesinde sağ ventrikül fonksiyonları artar ve bu da kalbin tüm fonksiyonlarının düzelmesini sağlar. Fakat trombolitik tedavi sonrası trombüsün parçalara ayrılarak pulmoner arterlere embolize olma riski vardır ve bu durum da hemodinamisi kararsız olan hastalarda ölümcül seyredebilir.^{5,6} Yazıcı ve ark.nın yayınladığı bir olguda, atrial septal defekt ve sağ atriyal trombüs bulunan bir hastaya hemodinamik kararsızlık dolayısıyla trombolitik tedavi uygulanmış olup, tedavi sonrası paradoksik serebral ve pulmoner emboli gelişmesi nedeniyle hasta kaybedilmiştir.⁷

Cerrahi embolektomi, trombolitik tedavinin kontrendike olduğu ya da yapılmasının riskli olduğu durumlarda uygun bir tedavi seçeneği olabilir. Cerrahi onarımın bir diğer avantajı mevcut bir patent foramen ovalenin kapatılıp hastanın paradoksik emboli veya inme geçirme riskini azaltmak olabilir. Saatler süren bir gecikme, kardiyopulmoner bypass ve genel anestezi cerrahi embolektominin dezavantajlarıdır.^{5,6}

Bizim olgumuzda hastanın genel durumunun iyi olmaması ve taşikardi, hipotansiyon gibi hemodinamik bozulmanın işaretleri olması nedeniyle hastaya trombolitik tedavi planlandı. Fakat hastanın özgeçmişinde intrakraniyal kanama öyküsü olması nedeniyle trombolitik tedavi kontrendike olarak değerlendirildi ve hastaya acil cerrahi embolektomi planlandı. Fakat hastada cerrahi hazırlıkları sırasında kardiyopulmoner arrest gelişti ve sonrasında hasta eksitus oldu.

Sonuç:

Hareketli sağ atriyal trombüs ve pulmoner emboli bulunan hastalar eğer tedavisiz bırakılırlarsa ya da planlanan tedavide gecikme olursa kaybedilebilirler. Bu hastalarda tanı koyma, prognozu belirleme ve tedavi stratejisini planlama aşamasında transtorasik ekokardiyografinin yeri çok önemlidir. Transtorasik ekokardiyografide sağ atriyumda trombüsün gösterilmesi hasta için daha kötü prognozun göstergesidir. Trombolitik tedavi trombüste tam erimeyle birlikte daha hızlı hemodinamik sonuçlar elde etme konusunda avantajlıdır. Trombolitik tedavinin kontrendike olduğu, uygulanmadığı ya da hasta için beklenen yararın cerrahi tedaviyle daha fazla olacağına düşü-

nüldüğü durumlarda ise cerrahi embolektomi düşünölmelidir. Tedavi olarak cerrahi embolektomi planlanan hastalarda da vakit kaybedilmeden hasta ameliyat edilmelidir.

Çıkar Çatışması:

Yazarların makaleyle ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Alur İ, Kılıç İD, Adalı F, Taştan H, Güneş T, Gökşin İ. Surgical thrombectomy in an 81 year old patient with right atrial thrombus and pulmonary embolism. *Acad Emerg Med* 2014;5:200-202.
2. Yoo YP, Kang KW. Successful embolectomy of a migrated thrombolytic free-floating massive thrombus resulting in a pulmonary thromboembolism. *J Cardiovasc Ultrasound* 2013;21(1):37-39.
3. Bodian M, Ba FG, Jobe M, Ndiaye MB, Kane A, Sarr SA et al. Fatal evolution of a huge right atrial free-floating thrombus. *Clin Case Rep* 2013;1:63-65.
4. Aksakal E, Emet M, Değirmenci H, Uzkeser M. A case of a serpentine-like right atrial thrombus causing pulmonary embolism. *Acad Emerg Med* 2012;3:134-136.
5. Rose PS, Punjabi NM, Pearse DB. Treatment of right heart thromboemboli. *Chest* 2002;121(3):806-814.
6. Akıllı H, Gül EE, Arıbaş A, Özdemir K, Kayrak M, Erdoğan Hİ. Management of right heart thrombi associated with acute pulmonary embolism: a retrospective, single-center experience. *Anadolu Kardiyol Derg* 2013;13:528-533.
7. Yazıcı M, Dinckal MH, Davutoglu V, Soydinc S, Akdemir I, Karaca M. Right atrial 'thrombus in transit' and atrial septal defect in a 70-year-old man: cardioembolic source of pulmonary and paradoxical cerebral embolization. *Int J Cardiovasc Imaging* 2004 Jun;20(3):213-215.

