

Pulmoner trunkusu basılayan sol pulmoner reses hematomu

Arzu Canan*, Sıddıka Halıcıoğlu**, Şerife Sevil Altunrende*, Safiye Gürel*.

*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Bolu.

**Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Radyoloji AD, Bolu.

Özet

Perikardiyal kavitenin oluşturduğu reses ve sinüslerdeki sıvı, başta lenf nodları olmak üzere birçok mediastinal patolojiyi taklit edebilmektedir. Bu nedenle reses ve sinüslerin normal anatomisi ve radyolojik özelliklerinin bilinmesi mediastinal lezyonların ayırıcı tanısında önem taşımaktadır. Amacımız bu olguda sol pulmoner reses hematomunu ve ikincil etkisini sunmak ve perikardiyal reseslerin radyolojik özelliklerini gözden geçirmektir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı tomografi, Perikardiyal reses, Sol pulmonik ven resesi

Abstract

Left pulmonic recess hematoma compressing pulmoner truncus

The fluid-filled recesses which occurred by pericardial cavity might mimic various mediastinal pathologies such as lymphadenopathy. Therefore, it is necessary to know normal anatomy and appearance of pericardial recesses to prevent misdiagnoses. Our aim is to present a left pulmonic recess hematoma, its secondary effect and review the radiological features of pericardial recesses.

Keywords: Computer tomography, Pericardial recesses, Left pulmonic vein recess

Giriş

Perikardiyal resesler, perikardiyal kavitenin kalp tabanındaki büyük damarlar ile seröz perikardium arasındaki uzanımıyla oluşan potansiyel boşluklardır. İlk kez 1986'da sistematik olarak tanımlanmış ve isimlendirilmiştir (1). Reseslerde toplanan sıvının oluşturduğu görünüm zaman zaman mediastinal-hiler lenf nodları, kitle ve aortik diseksiyonu taklit edebilir. Son yıllarda gelişen hızlı ve çok kesitli bilgisayarlı tomografi (ÇKBT) teknolojisi ile artan yüksek temporal ve uzaysal rezolüsyon sayesinde resesler ve bu lokalizasyondaki patolojiler daha kolay ayırt edilebilir hale gelmiştir.

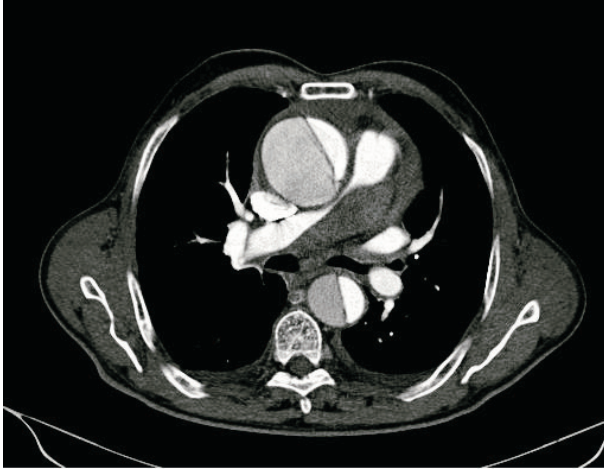
Amacımız sol pulmoner reseste hematoma saptadığımız olgu aracılığı ile perikardiyal reseslerin radyolojik yerlerinin ve özelliklerinin bilinmesinin önemini vurgulamaktır.

Olgu sunumu

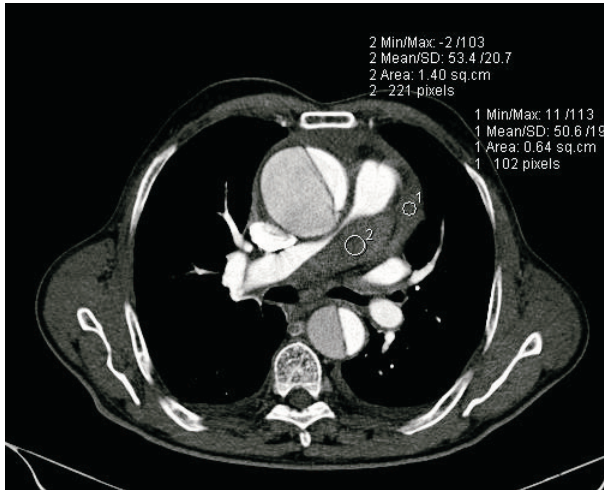
Acil servisimize şiddetli sırt ağrısı şikâyeti ile başvuran 71 yaşında erkek hastaya aort diseksiyonu ön tanısı ile Toraks BT anjiyografi tetkiki yapıldı. İncelemede aort kapağından inen torasik aortaya kadar uzanan çift lümen ve intimal flep izlendi ve De Bakey Tip 1 diseksiyon tanısı kondu. Pulmoner trunkus düzeyinde iğ şeklinde 50 HU dansitedeki görünümün, lokalizasyonu, şekli ve dansitesi bir arada değerlendirildiğinde sol pulmoner reseste 24 mm kalınlığa ulaşan hematoma olduğu anlaşıldı (Şekil 1). Ayrıca pulmoner venöz resesler hariç tüm perikardiyal reseslerde ve perikardiumda hematoma izlendi (Şekil 2).

Yazışma Adresi: Arzu Canan
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Bolu
Telefon: 03744534656
E-mail: arzuolcun@gmail.com

Müracaat tarihi: 17.12.2011
Kabul tarihi: 24.05.2012



Şekil 1: Pulmoner trunkus düzeyinden alınan Aksiyel BT kesitlerinde çıkan ve inen aorta çaplarında genişleme, içerisinde farklı yoğunluktaki kontrasta bağlı çift lümen görünümü ve sağ ana pulmoner arter posteriorunda yerleşmiş, pulmoner trunkus ve sağ ana pulmoner arteri basılayan sol pulmoner reses hematomu gösterilmiştir. Perikardiyal hematom eşlik etmektedir. Ayrıca bilateral plevral effüzyon mevcuttur.



Şekil 2: Sol pulmoner resesteki ve perikarddaki sıvıdan yapılan dansite ölçümleri kan dansitesini (40-60 HU) göstermektedir.

Tartışma

Perikardiyal resesler, tomografi kesitlerinde sıklıkla ayırtedilebilen, perikardiyal yaprakların oluşturduğu potansiyel boşluklardır. Perikardiyal efüzyon olmadığı durumlarda da bu boşluklarda sıvı görülebilir. Lokalizasyonları, mediastinal yapılara yakın komşulukları nedeniyle bu fizyolojik durum, çeşitli patolojilerle karıştırılabilir (2-4). Üst mediastende ana vasküler yapılara komşu, daha kaudalde pulmoner arterler ve venler etrafında, kalbin posterior komşuluğunda çok sayıda reses bulunmakta ve genellikle komşuluğundaki yapı ile ilişkilendirilerek adlandırılmaktadır. Bunlardan pulmoner arterlerin

hemen komşuluğunda ve inferiorunda yer alanlar sağ ve sol pulmoner resesler olarak isimlendirilirler. Genel olarak süperior yerleşimli resesler daha sık ve kolay tanımlanır, çünkü çevreden kolay ayırt edilmesini sağlayan geniş yağ doku ile çevrilidir. Çıkan aortaya yakın komşulukları nedeniyle lenf nodlarının yanı sıra aort diseksiyonu ile karıştırılabilir. Ancak aradaki yağlı planların görülmesi ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

Kaudalde yerleşen resesler ise hem kalp hareketlerinden etkilenirler hem de özefagusa çok yakındır, ya da kalbin odacıkları ile çevrilidir (5-9). Perikardiyal resesler lenf nodları, aort diseksiyonu gibi mediastinal patolojileri taklit edebilirler. Ayırıcı tanıda reseslerin sıklıkla çizgisel, hilal ya da üçgen şekilli, lenf nodlarının ise oval ya da yuvarlak şekilli oluşu yardımcı olmaktadır. Reseslerde alınan sıvı dansitesine karşılık lenf nodları ve mediastinal kitlelerden yapılan ölçümlerde yumuşak doku dansitesi tespit edilir (2,3). Bunların yanında reseslerin lokalizasyonları ve çevre yapılarla ilişkilerinin bilinmesi yanlış tanıları önlemektedir. BT'de koronal ve sagittal reformat görüntüleriyle yapılan değerlendirmeler de anatomik varyasyonların tespit edilmesinde yarar sağlamaktadır.

Bizim olgumuzda da sol pulmoner arterin hemen inferiorunda yer alan, sağ pulmoner arterin posterioruna doğru uzanım gösteren, genişlemiş sol pulmoner reses seçilmekteydi. Diseksiyonu ve perikardiyal hemorajisi olan hastanın ilk değerlendirmesinde sağ pulmoner arterdeki bası etkisi ve beklenen sıvı dansitesi yerine daha yoğun görünümü nedeniyle pulmoner arter embolisi olarak yorumlandı. Ancak ikinci kez değerlendirildiğinde pulmoner arter ile arasındaki yağlı planlar seçilmiş ve ardışık görüntülerde perikardiyal boşluklar ile ilişkisi ortaya konmuştur. Dansitesi ölçüldüğünde perikardiyal boşluktakine yakın, kan dansitesi elde edilmiş ve böylece bu görünümün pulmoner arterde basılanmaya neden olan pulmoner reses hematomu olduğu anlaşılmıştır.

ÇKBT resesleri değerlendirmede ve patolojilerden ayırt etmede kullanılmaktadır. Ancak literatürde ÇKBT ile perikardiyal resesleri değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır. 16 kesitli BT ile yapılan 314 hastalık bir çalışmada sadece yüksek yerleşimli süperior perikardiyal resesin tespit edilebilirliği değerlendirilmiş ve prevalansı % 6.7 olarak bulunmuştur (10,11). 131 hastalık bir başka çalışmada superior yerleşimli resesler %40'a varan oranlarda tespit edilebilirken, sol atrium posteriorunda yerleşen

oblik sinus %9 oranında tanınabilmiştir (12). Yine, Özmen ve arkadaşlarının reses saptanmasında çok kesitli BT'nin etkinliğini araştıran çalışmalarında 2 kesitli BT ile 4, 16 ve 64 kesitli BT'ler ile yapılan incelemeler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (13).

Sonuç olarak; gelişen teknoloji ile ÇKBT kullanımının giderek artması resesleri daha kolay görülebilir hale getirmiştir. Radyologlar için reseslerin özelliklerinin ve yerlerinin bilinmesi bunları lenfadenopati ve diğer mediastinal patolojilerden ayırt edebilmede son derece önemlidir.

Kaynaklar

1. Vesely TM, Cahill DR. Crosssectional anatomy of the pericardial sinuses, recesses and adjacent structures. *Surg Radiol Anat* 1986; 8: 221-27.
2. Broderick LS, Brooks GN, Kuhlman JE. Anatomic Pitfalls of the Heart and Pericardium. *RadioGraphics* 2005; 25: 441-53.
3. O'Brien JP, Srichai MB, Hecht EM, Kim DC, Jacobs JE. Anatomy of the Heart at Multidetector CT: What the Radiologist Needs to Know. *Radiographics* 2007; 27: 1569-82.
4. Karaman CZ, Taşkın F, Çildağ B, Ünsal A. Rutin toraks BT incelemesinde süperior perikardiyal boşluk posterior bölümünün görülebilirliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007; 55(3): 253-8.
5. Levy-Ravetch M, Auh YH, Rubenstein WA, Whalen JP, Kazam E. CT of Pericardial recesses. *AJR Am J Roentgenol.* 1985; 144(4): 707-14.
6. Aronberg DJ, Peterson AR, Glazer HS, Sagel SS. The superior sinus of the pericardium: CT appearance. *Radiology.* 1984; 153(2): 489-92.
7. Batra P, Bigoni B, Manning J, Aberle DR, Brown K, Hart E, et al. Pitfalls in the Diagnosis of Thoracic Aortic Dissection at CT Angiography. *RadioGraphics* 2000; 20: 309-20.
8. Shanmugam G, Mckeown J, Bayfield M, Hendel N, Hughes C. False Positive Computed Tomography Findings in Aortic Dissection. *Heart Lung and Circulation* 2004; 13: 184-7.
9. Groell R, Schaffler GJ, Reinmuller R. Pericardial Sinuses and Recesses: Findings at Electrocardiographically Triggered Electron Beam CT. *Radiology* 1999; 212: 69-73.
10. Kodama F, Fultz PJ, Wandtke JC. Comparing thin-section and thick-section CT of pericardial sinuses and recesses. *AJR Am J Roentgenol.* 2003; 181(4): 1101-8.
11. Basile A, Bisceglie P, Giulietti G, Calcara G, Figuera M, Mundo E, et al. Prevalence of "high-riding" superior pericardial recesses on thin-section 16-MDCT scans. *2006; 59(2): 265-9.*
12. Kubota H, Sato C, Ohgushi M, Haku T, Sasaki K, Yamaguchi K. Fluid collection in the pericardial sinuses and recesses. Thin-section helical computed tomography observations and hypothesis. *Invest Radiol.* 1996; 31(10): 603-10.
13. Ozmen CA, Akpınar MG, Akay HO, Demirkazık FB, Ariyurek M. Evaluation of pericardial sinuses and recesses with 2-, 4-, 16-, and 64-row multidetector CT. *Radiol Med.* 2010; 115(7): 1038-46.