



Hızlı Gerileme Gösteren Tek Taraflı Fetal Plevral Efüzyon

Rapidly Regressive Unilateral Fetal Pleural Effusion

Tuncay Yüce¹, Mehmet Murat Seval¹, Erkan Kalafat¹, Acar Koç¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ANKARA

Cukurova Medical Journal 2015;40 (Ek Sayı 1):25-28.

ABSTRACT

Intrauterine pleural effusion of fetal lungs rarely regresses without intervention. In our case we treated a women at 32th weeks of gestation. Her pregnancy was complicated with fetal pleural effusion and polyhydramnios. A therapeutic thoracocentesis was planned and she received two courses of betamethasone prior to procedure. On the day of planned procedure, a substantial regression of pleural effusion was observed and procedure was postponed. During her antenatal follow-up a complete regression of pleural effusion was observed. After delivery pleural effusion did not relapse. These findings hint there may be a role of antenatal steroids in treatment of fetal pleural effusion, which is known to be resistant to treatment modalities both during antenatal and postnatal period.

Key Words: Fetal Pleural Effusion, Spontaneous Regression, Corticosteroids.

ÖZET

Unilateral primer fetal plevral efüzyon nadiren spontan rezölüsyon gösterir. Özellikle spontan regrese olan vakalarda regresyon süresi açısından bilgiler net değildir. Bu olgunun da plevral sıvının çok hızlı regresyon göstermesi nedeniyle vakanın farklı olduğunu düşünüyoruz. Hastamız gebelik sırasında fetal sağ plevral efüzyon ve polihidroamniyoz tanılarıyla takibe alındı. Orta düzeydeki plevral efüzyona torakosentez planlandı. 2 doz betametazon sonrasında torakosentez işlemi için bakılan hastada plevral sıvının ileri derecede azaldığı gözlemlendi. Bunun üzerine takibe alınan hastada komplet rezölüsyon gerçekleşti. Termde kadar sorunsuz takip edildi. Doğum sonrasında bebekte patolojik bulgu saptanmadı. Plevral efüzyon tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler torakosentez, torakoamniyotik şant ve pleurodezistir. Genellikle efüzyon minimal ve izole ise izlem önerilmektedir. Ancak orta ve ileri düzeydeki efüzyonlarda ve eşlik eden hidrops gibi bir durum mevcutsa genellikle müdahale önerilmektedir. Bu işlemler ileri derecede invaziv işlemlerdir. Bu yüzden tedavi öncesinde hastalar iyi değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fetal Plevral Efüzyon, Spontan Regresyon, Kortikosteroid

GİRİŞ

Fetal plevral efüzyon plevral yüzeyde sıvı birikmesi olarak tanımlanır. Nadir görülen bir durumdur. İnsidansı 10,000 -15,000 gebelikte bir görülür¹.

Primer fetal hidrotoraks şilotoraks gibi lenfatik kaçak nedeniyle oluşabileceği gibi, kromozomal anomali, multipl malformasyon ve hidrops gibi nedenlere sekunder de gelişebilir. Sekonder

nedenlerle gelişen plevral efüzyonda altta yatan neden prognozu belirler².

Eğer efüzyon şiddetli ve uzun süreli olursa akciğerde yer kaplayan lezyon etkisi yaparak normal akciğer gelişimini engeller ve pulmoner hipoplazi ve neonatal ölüme yol açabilir³.

Plevral efüzyon ile sık birlikteliği olan polihidroamniyozun muhtemel nedeni özefagus üzerine olan basıdan kaynaklandığı

düşünülmektedir. Bu durum erken doğum riskini arttırmaktadır⁴.

Bu durum nadir olarak görüldüğünden yönetimi hakkında görüşler açık değildir. Özellikle bazı vakalarda komplet rezolüsyonla sonuçlanabileceği gibi hidrops veya ölümlere sonuçlanabilir.

Tedavi seçenekleri arasında torakosentez, pleuro-amniyotik şant ve pleurodezis gibi yöntemler bulunmaktadır. Prenatal periyotta optimal tedavi seçeneği halen net değildir^{5,6}. Bazı otörler konservatif yaklaşımı önermektedir. Müdahale endikasyonları net olmadığı için müdahale edilecek hastaların özenle seçilmesini önerilmektedir⁷.

Bizim hastamızda da izole fetal unilateral plevral efüzyon ve polihidroamniyoz mevcuttu. Bu durumlar çok nadir olmamasına rağmen hastamızda steroid uygulaması sonrası spontan rezolüsyonun çok hızlı olması nedeniyle farklı olduğunu düşünüyoruz. Bu durum altta yatan başka bir immünolojik mekanizma açısından şüphe uyandırdığı için yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU

Hastamız 32^{1/7} hafta gebelik ve plevral efüzyon ve polihidroamniyoz tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Hastamız 20 yaşında ve G2P0A1 di. Bebeğin ultrasonografik değerlendirmesinde sağ akciğer etrafında orta derecede sıvı ile uyumlu görünüm izlendi. Amniyon mayininin tek cepte 8,5 cm olduğu görüldü. Dopler bulguları normaldi. Ultrasonografide sağ akciğer etrafında orta düzeyde plevral efüzyon olduğu görüldü. (Resim 1). Fetal EKO da perikariyal efüzyon ve gros kardiyak anomali izlenmedi. USG'de fetal anomaly açısından ek bir patoloji saptanmadı.

Hastanın gebelik takiplerindeki değerlendirmelerinde herhangi bir risk faktörü saptanmamış ve hem anne hem de babanın kan grubu A grubu Rh pozitif olarak tespit edilmiştir. Yapılan sorgusunda gebelik sürecinde teratojenik ajan kullanım öyküsü, ailede konjenital anomali ve gebeliği süresince enfeksiyon hikayesi bulunmamaktadır.

İkinci trimester Down sendromu taraması negatifti. TORC paneli negatifti. Çekilen fetal akciğer MRI'da plevral sıvı dışında patolojik bulgu izlenmedi. Torakosentez planlanan hastanın steroid dozları tamamlandı. Daha sonra torakosentez amacıyla değerlendirilen fetusda plevral sıvının ileri derecede azladığı tespit edildi. Bunun üzerine torakosentezden vazgeçilerek rutin takibe alındı. 4.günde minimal sıvı (Resim 2) ve 7.günde sıvı izlenmemesi üzerine hasta taburcu edilerek rutin takibe alındı. 40.haftada doğumu gerçekleştirdi. Bebeğin yapılan değerlendirmesinde vulvar ödem saptandı (Resim 3). Takibinde ödemi gerileyen bebekte ek patoloji saptanmaması üzerine hasta taburcu edildi.



Resim 1. Tanı anında tespit edilen orta düzeyde sağ plevral efüzyon



Resim 2. Steroid dozu sonrasında 4. günde ultrasonografide minimal mayi



Resim 3. Doğum sonrasında görülen fetal vulvar ödem

TARTIŞMA

Fetal plevral efüzyon mediastinal tumor, adenomatoid tumor, pulmoner sekestrasyon, konjenital diafragma hernisi, konjenital pulmoner lenfanjektazi, kardiak malformasyon yada enfeksiyon ile ilişkili olabilir. Olevral efüzyon tiroid teratomu ve konjenital guatr gibi mediastinal tümörlere seconder olabilir⁸. Tüm bu seconder nedenlerin ekartasyonu için bizde hastamıza fetal MRI incelemesi yaptırdık bunun sonucunda herhangi bir patoloji saptanmadık.

Tedavide fetal plevral efüzyonun tespit edildiği gebelik haftası, hidropsun eşlik edip etmediği prognoz açısından önemlidir. Özellikle 34 haftanın altındaki plevral efüzyonlarda hidrops yada polihidroamniyoz eşlik etmiyorsa seri ultrasonografik takip önerilmekte ve takibinde artış saptanması durumunda torakosentez işlemi önerilmektedir.

Ultrasonografik takiplerde spontan rezolüsyon oranları ise %22-%27 olarak bildirilse de bu konuda yeterli çalışma bulunmamaktadır^{2,9}. Spontan rezolüsyon gösteren vakalarda survive %73-100 olarak bildirilmektedir⁶.

Primer fetal plevral efüzyon terapötik yaklaşımdan yüksek invaziv in utero girişimlere kadar değişen yaklaşımları olan nadir bir patolojidir¹⁰.

Plevral efüzyon tedavisinde kullanılan invaziv işlemler olan torakosentez ve pleuro amniyotik şant

uygulamalarında preterm doğum, preterm membrane ruptürü, intrauterine enfeksiyon, kanama ve maternal yada fetal yaralanmalar gibi ciddi komplikasyonlar oluşabilir². Komplikasyonların fazla olması ve tedavinin tam olarak başarılı olamamasından dolayı özellikle midtrimesterde ortaya çıkan unilateral olan ve polihidroamniyoz ve hidropsun eşlik etmediği vakalarda bir süre takip etmek işlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlar açısından denenmelidir^{9,10}.

Bizim hastamızda da risk faktörlerinden polihidroamniyozun bulunması ve prognozu kötü etkilemesinden dolayı torakosentez planlanmıştır. Ancak sıvının progresif olarak gerilemesinden dolayı bu işlemi iptal ettik. Regresyon süreleri açısından literatürdeki bilgiler net değildir.

Geçmişte yayınlanan plevral efüzyon vakalarında takip edilen ve bu takipte gerileme olan hastalarda steroid uygulanıp uygulanmadığı ve uygulanan hastalarda diğer hastalara oranla gerileme oranları ve gerileme süresi açısından net bir bilgi bulunmamaktadır. Bu açıdan tekrar değerlendirme yapılması steroidin etkinliği açısından daha net bilgiler sunabilecektir. Bizim hastamızda moderate plevral efüzyona polihidroamniyozun eşlik etmesi genel olarak spontan rezolüsyon oranını azaltmaktadır. Her iki durumun bulunduğu hastalar üzerinde yapılan takiplerde spontan rezolüsyon gösterilememiş ancak birçok vakada progresyon olmuştur¹¹.

Bizim vakamızda özellikle altta yatan bir neden bulunamaması ve steroid uygulaması sonrası çok hızlı bir rezolüsyon görülmesi nedeniyle önemli olduğunu düşünüyoruz. Bu vaka özellikle altta yatan başka bir immünolojik mekanizma ile bu durumun tetiklendiğini bize düşündürmüştür.

KAYNAKLAR

1. Longaker MT, Laberge JM, Dansereau J, Langer JC, Crombleholme TM, Callen PW, et al. Primary fetal hydrothorax: natural history and management. J Pediatr Surg 1989;24:573e6.

2. Klam S, Bigras JL, Hudon L. Predicting Outcome in Primary Fetal Hydrothorax. *Fetal Diagn Ther.* 2005;20:366-70.
3. Castillo RA¹, Devoe LD, Falls G, Holzman GB, Hadi HA, Fadel HE. Pleural effusions and pulmonary hypoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;157:1252-5.
4. Murayama K, Jimbo T, Matsumoto Y, Mitsuishi C, Nishida H. Fetal pulmonary hypoplasia with hydrothorax. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;157:119-20.
5. Rustico MA, Lanna M, Coviello D, Smoleniec J, Nicolini U. Fetal pleural effusion. *Prenat Diagn.* 2007;27:793e9.
6. Yinon Y, Kelly E, Ryan G. Fetal pleural effusions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:77e96.
7. Pijpers L, Reuss A, Stewart P, Wladimiroff JW. Noninvasive management of isolated bi-lateral fetal hydrothorax. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161:330-2.
8. Pettersen HN & Nicolaides KH. Pleural effusions. In Fisk NM & Moise KJ (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 1997;261-72.
9. Aubard J, Derouineau I, Aubard V, Chalifour V, Preux PM. Primary fetal hydrothorax : a literature review and proposed antenatal clinical strategy. *Fetal Diagn Ther.* 1998;13: 325-33.
10. KuoYL, ChanTF. Treatment of unilateral fetal pleural effusion by intrauterine thoracocentesis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2012;51:303-4.
11. Scott Petersen, Ravinderjit Kaur, Joseph T. Thomas, Robert Cincotta, Glenn Gardener. The Outcome of Isolated Primary Fetal Hydrothorax: A 10-Year Review from a Tertiary Center. *Fetal Diagn Ther* 2013;34:69-76.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Tuncay Yüce
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
E-mail: drtuncayyuce@gmail.com

Geliş tarihi/Received on : 04.02.2015

Kabul tarihi/Accepted on: 04.03.2015