

OLGU SUNUMU

KONSTRİKTİF PERİKARDİTİN İLK BULGUSU VARİS OLABİLİR Mİ:Olgu Sunumu

MAY VARICOSE VEINS BE THE FIRST SYMPTOM AS A MANIFESTATION OF
CONSTRICTIVE PERICARDITIS? A case report

Gökhan ALBAYRAK
Koray AYKUT
Nihat PEKEL
Mahir Utku YILDIRIM
Mehmet GÜZELOğLU
Eyüp HAZAN

ÖZET

54 yaşında erkek hasta, varise bağlı yakınmalarla başvurdu. Venöz yetmezlik etiyojisi olarak konstriktif pe-rikardit saptandı. Hasta cerrahi yöntemle başarılı bir şekilde tedavi edildi. Konstriktif perikarditli hastaların nadiren de olsa sadece venöz yetmezlik şikayetleri ile başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Konstriktif perikardit, Perikardiektomi, Varis.

SUMMARY

A 54-year-old man was admitted with complaints due to varicoseveins. Constrictive pericarditis was found as the etiology of venous insufficiency. He was treated successfully with surgery. It should be remembered that patients with constrictive patients may rarely present with venous insufficiency symptoms.

Keywords: Constrictive pericarditis, Pericardiectomy, Varicose veins.

Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı,

(Prof. Dr. E. Hazan, Yrd. Doç. Dr. G. Albayrak, Yrd. Doç. Dr. K. Aykut, Yrd. Doç. Dr. M. Güzeloğlu)

Kardiyoloji Anabilim Dalı

(Yrd. Doç. Dr. N. Pekel)

Radyoloji Anabilim Dalı

(Yrd. Doç. Dr. M. U. Yıldırım)

İzmir Üniversitesi Medical Park Hastanesi, İzmir

Yazışma: Yrd. Doç. Dr. G. Albayrak

GİRİŞ

Konstriktif perikardit, perikardın kalınlaşması ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalık kalbin diyastolik işlevin kısıtlanmasına neden olur. Çeşitli nedenlere bağlı olarak meydana gelen yaygın olmayan bir hastalıktır. Tipik olarak sistemik venöz konjesyonun semptom ve şikayetlerini verir. Biz bu olgu sunumunda alt ekstremitelerde ağrı ve kramp şikayeti ile başvuran, ilerlemiş varis bulguları olan 54 yaşında erkek hastayı sunduk.

OLGU

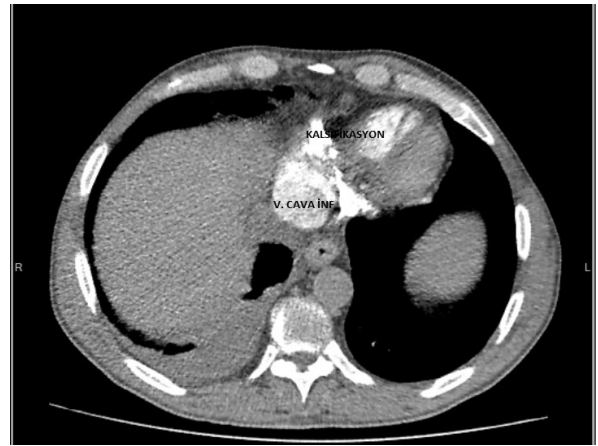
54 yaşında erkek hasta ayaklarda ağrı, kramp ve varis şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 1991 yılında perikardial efüzyon saptandığı için sıvı boşaltıldığı ve tüberküloz tedavisi aldığı öğrenildi. Çekilen venöz Doppler ultrasonunda pulsatil venöz akım, karın ultrasonunda hepatomegali, asit saptandı. Portal ven çapı 11 mm olarak ölçüldü. Renkli modda vena porta akım formu homojen izlenmekteydi, akım yönü hepato pedal konfigürasyundaydı. İnferior vena kava ve hepatikvenlerde ileriderecede dilateydi. Hastaya alt ekstremitte venografisi yapıldı. Her iki krural bölgede multipl variköz yüzeysel venler saptandı. Yüzeysel sistemde vena safena magna anlamlı reflü izlenmemesi nedeniyle kalp yetmezliği ya da inferior vena kava patolojisi düşünöldü. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de vena cava inferiorunda genişleme, perikardiyal kalınlaşma ve kalsifikasyon göröldü (Resim 1). Ayrıca hepatik konjesyona bağlı hepatomegali saptandı. Bunun üzerine hasta kardiyoloji polikliniğine yönlendirildi. Belirgin nefes darlığı yoktu. Yapılan fizik muayenede kardiyak frotman, hepatomegali, karında asit, belirgin varis pakeleri ve juguler venöz dolgunluk saptandı. Hastaya Transtorasik Ekokardigafi (TTE) yapıldı. TTE'de duvar hareketleri normal, septal sıçrama(bounce) hareketi vardı. Mitral ve triküspid içi akım PW Doppler ile E dalga amplitüdünde inspiryumda >%50 değişiklik, biatrial dilatasyon, hepatik venler geniş, vena kava inferior (VCI)un dilate olduğu saptandı (Resim 2).

Kalp kateterizasyonunda, kavite içi basınç traselerinde tüm odacıklarda diyastol-sonu basınç eşit ve yüksek bulundu. Her iki ventrikölde diastolik profilde klasik "dip-and plateau" paterni saptandı. Ayrıca her iki ventriköldeki diyastolik basınç farkı 5 mm Hg'dan azdı. Yapılan koroner anjiyografide koroner arterler normal saptandı. Skopi sırasında kalp etrafında kalsifikasyon göröldü (Resim 3). Yapılan kan tetkiklerinde beyaz küre: 3.240, trombosit: 112.000 görölmesi üzerine dahiliye konsültasyonu istendi. Kardiyak siroz

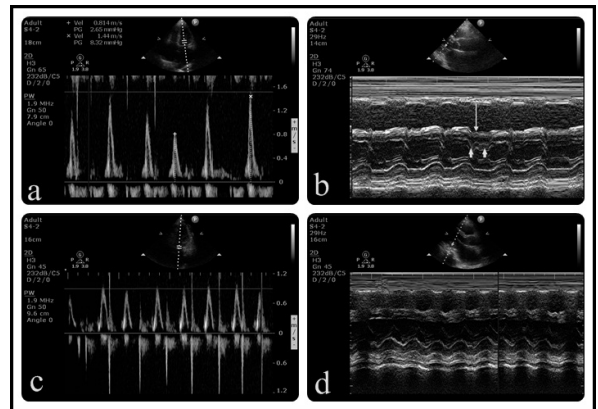
bulguları tespit edildi. Değerlendirmeler sonucunda hastaya perikardiektomi yapılması planlandı.

Peroperatif dönemde santral venöz basınç 18 cm H₂O olarak ölçüldü. Hastaya perikardiektomi prosedürü uygulandı. Tam perikardiektomi, önde her iki frenik sinir arasında olacak şekilde perikard soyularak ve diyafragmatik yüz serbestleştirilerek yapıldı.

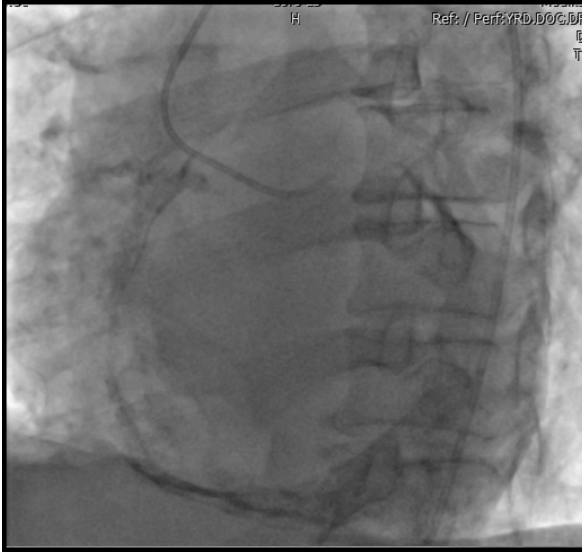
Postoperatif dönemde santral venöz basınç 8cm H₂O, TTE'de duvar hareketleri normal, biatrialdilatasyon, PW ve CW Doppler ile konstriksiyon bulgularında düzelme göröldü (Resim 2). Klinik olarak şikayetlerinde belirgin düzelme oldu. Juguler venöz dolgunluk kayboldu, asit azaldı. Hastanın asıl şikayeti olan varis pakelerinde belirgin olarak küçölme saptandı (Resim 4).



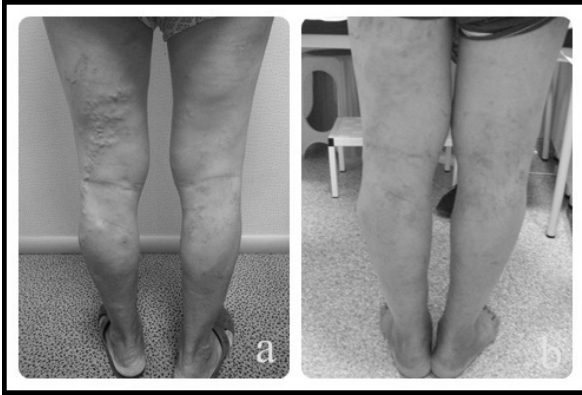
Resim 1. Vena kava inferior'daki genişleme ve perikardiyal kalsifikasyonların görünümü



Resim2. a)PreoperatifTTE'de Doppler PW incelemesinde mitral içi akımda pik E dalga hızındaki değişim b) Preoperatif dönemdeki septal sıçrama hareketi c) Postoperatif TTE'de Doppler PW incelemesinde mitral içi akımda pik E dalga hızında inspiryumda azalmanın kaybolmuş hali d) Postoperatif dönemdeki septal sıçrama hareketinin azalmış görünümü



Resim3. Koroner anjiyografi'deki perikardiyal kalsifikasyonun görünümü



Resim4. Variköz venlerin ameliyat önce (a) ve sonrası (b) görünümü

TARTIŞMA

Konstriktif perikardit, kalbin normal diyastolik doluşunun kısıtlandığı, perikardın sıklıkla şiddetli kalsifikasyonu ve fibrozisi ile karakterize bir hastalıktır. Perikardiyal inflamasyon sonucunda parietal ve viseral perikard yaprakları birbirine yapışır, skarlaşır ve elastikiyetini kaybeder. Perikardiyal sertleşme, diyastolde ventriküllerin genişlemesini engelleyerek ventriküler doluşu bozar (1). En sık neden bilinmemesine rağmen tüberküloz, radyasyon tedavisi ve kadriyovasküler cerrahi sonrası görülebilir. Sağ kalp yetmezlikli hastalarda konstriktif perikarditten şüphelenilir. Diğer kadriyak hastalıklardan özellikle restriktif kadriyomiyopatiden, triküs pit kapak disfonksiyonundan, sağ atriyal miksomadan ayır d edilmelidir (2,3).

Konstriktif perikardit tanısında kalp kateterizasyonu altın standarttır. Anormal perikardial kalınlaşma (>3mm) eğer hemodinamik değişiklikler karakteristiktir. Konstriktif perikardit tanısını kesinleştirir (4). En sık semptom ve bulguları dispne, egzersiz intoleransı, yorgunluk, halsizlik, periferik ödem, hepatomegali, plevral effüzyon, asit ve artmış juguler venöz basınçtır. Bizim hastamız kalp yetmezliği şikayetinden çok varis şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öykü ve fizik muayene bulguları sonucunda hastada kadriyak patoloji düşünülerek perikardiektomi yapıldı.

Konstriktif perikardit ayrıca hepatik konjesyona neden olur. Bunun sonucunda konjestif hepatopati ve sonunda kadriyak siroz meydana gelebilir. Konstriktif perikarditli hastalar genel olarak kalp yetmezliği bulguları gösterir. Nefes darlığı, karında şişlik, alt ekstremitelerde ödem önemli bulgusudur (5,6). Hastamız nefes darlığı ve alt ekstremitelerde şişlikten çok varis şikayeti nedeni ile polikliniğimize başvurmuştur. Öyküsü ve yapılan tetkikler sonucunda hastada kadriyak patoloji düşünölmüştür. Böylelikle hasta gereksiz yapılacak olan varis operasyonu ve olası mortalite ve morbiteden kurtarılmıştır. Literatürde benzeri olgular bildirilmiştir (7).

Konstriktif perikarditte; hızlı tanı ve tedavi, mortalite ve morbitedenin azaltılmasında yaşamsal rol oynar. Perikardite bağlı kronik hastalıkların engellenmesinde tanı sonrası erken dönemde yapılacak olan cerrahi tedavi önemlidir. Cerrahi tedavi olarak total veya kısmi perikardiektomi yapılabilir. Perikardiektomi yapılırken kalbin diyafragmatik yüzü ve her iki frenik sinir arasında kalan ön yüz serbestleştirilmelidir. Önce çıkım yolları serbestleştirilir, sonra kalbin diğer yapıları serbestleştirilir (8,9).

Özetle, nadir de olsa kadriyak bir patoloji sonucu olarak varis görülebilir. Dikkatli alınacak öykü ve yapılacak fizik muayene ile kadriyak patolojiden şüphelenilebilir. Konstriktif perikardit çok nadir de olsa, akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ariyoshi T, Hashizume K, Taniguchi S, Miura T, Tanigawa K, Matsukuma S, Odate T, Nakaji S, Sumi M, Eishi K. Surgical experience with chronic constrictive pericarditis. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2012 Dec;60(12):796-802.
2. Myers RB, Spodick DH. Constrictive pericarditis: clinical and pathophysiologic characteristics. Am Heart J 1999; 138:219-32.
3. Tezcan UK, Ütük O. Konstriktif Perikardit. Türkiye Klinikleri J Cardiol 2004; 17(6):458-62.

4. Fowler NO. Constrictive pericarditis: its history and current status. *ClinCardiol.* 1995; 18: 341-50.
5. Komoda T, Frumkin A, Knosalla C, Hetzer R. Child-Pugh Score Predicts Survival After Radical Pericardiectomy for Constrictive Pericarditis. *Ann Thorac Surg* 2013 Aug 30. pii: S0003-4975(13)01282-4. 2013.06.016.
6. CarroJiménez EJ, López JE, Rodriguez Castro JM. Constrictive pericarditis. *Bol AsocMed P R* 2007;99(3):256-60.
7. Altunoğlu EG, Yurdakul S, Hacıoğlu B, Özbaş N, Alkoç Ç, Ülgen E. Asit ve alt ekstremite varisleriyle seyreden bir konstriktif perikardit olgusu. *İstanbul Med J* 2013;14:297-9
8. Lin Y, Zhou M, Xiao J, Wang B, Wang Z. Treating constrictive pericarditis in a chinese single-center study: a five-year experience. *Ann Thorac Surg.* 2012 Oct;94(4):1235-40
9. Masud H, Khandaker A, Hartzell V, Schaff B, Kevin L, Greason B, et al. Pericardiectomy vs Medical Management in Patients with Relapsing Pericarditis. *Mayo Clin Proc.* 2012 November; 87(11): 1062–1070.

İLETİŐİM

Yrd. Doç. Dr. Gökhan Albayrak
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı,
İzmir Üniversitesi Medical Park Hastanesi,
Yeni Ġrme Bulvarı, Karşıyaka/İzmir.
Tel:0532 391 62 45
e-posta:albayrakg@hotmail.com