

Eustache Valvi Üzerine Yerleşik Sağ Atriyum Trombüsü: Bir Olgu Sunumu

Doç. Dr. Mehmet Emin KORKMAZ*, Doç. Dr. Haldun MÜDERRİSOĞLU*,
Doç. Dr. Atılay TAŞDELEN**
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji* ve Kalp Damar Cerrahisi** Ankara

ÖZET

Tekrarlıyan pulmoner tromboembolizm olgularının bir bölümü sağ atriyumda yerleşik trombüslere bağlıdır. Sağ atriyum trombüsleri, sağ atriyum içerisinde serbest halde veya ince bir sapla atriyum duvarına tutunmuş olarak bulunabilir. Başka hiçbir patolojiye eşlik etmeksizin veya inferior vena kava tutulumu ile birlikte olabilir. Ancak Eustachian valvi üzerine tutunan bir trombüs çok nadirdir. Bu yazıda sağ atriyuma yerleşik, yılan biçiminde kendi üzerinde kıvrılan ve sağ atriyumu dolduran zaman zaman sağ ventriküle girip çıkan ve Eustachian valvine iki fibröz bant ile tutunan bir trombüslü olgu sunulmuştur. Bu tip bir olguya erişebildiğimiz literatür taramasında rastlanmamıştır. Olgunun görüntülenmesi transözofajiyal ekokardiyografi ile yapılmış ve tanıyı cerrahi olarak çıkartılan materyalin incelenmesi sonucu konulmuştur.

Anahtar kelimeler: Trombüs, Eustachian valvi, transözofajiyal ekokardiyografi

Sağ atriyum trombüsleri, sağ atriyumda lokal olarak gelişebilecekleri gibi, ven yatağının başka bir bölgesinde oluşup buraya ilerleyebilirler (1,2). Bu yapılar klinik olarak uzun yıllar sessiz kalabilir veya tekrarlayan pulmoner tromboembolilere neden olabilir (1,2). Son yıllarda iki boyutlu ve transözofajiyal ekokardiyografide sağlanan gelişmeler sonucu sağ atriyum kitleleri çok daha sık ve erken tanınmaktadır. Muhtemelen, alt ekstremitelerden köken alan serbest pıhtılar sağ atriyumdaki yapılara tutunarak buraya yerleşmektedir. Bu yazıda Eustachian valvine yapışık çok ilginç bir trombüs olgusu tanımlanmaktadır.

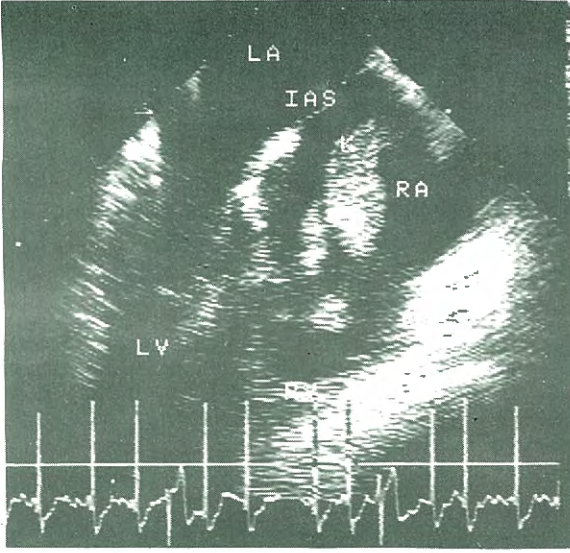
OLGU BİLDİRİSİ

Uzun yıllardır, senede birkaç kez nefes darlığı, öksürük ve yan ağrısı yakınmaları olan 67 yaşındaki kadın hasta, as-

tım tanısıyla başka bir merkezce araştırılması sırasında istenilen ekokardiyografide sağ atriyumunda bir kitle görülmesi üzerine merkezimize refere edilmiş. Öyküsünden hastanın yaklaşık on yıldır tekrarlıyan nefes darlığı atakları olduğu, son altı aydır ise bu atakların sıklığı ve nefes darlığı ataklarına göğüs ve yan ağrısı atakları eşlik ettiği öğrenildi. Hasta hiç sigara içmemişti, balgam tanımlamıyordu ve uzun süredir kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısıyla çeşitli tedaviler almaktaydı. Hasta yaşında gösteren, vital bulguları normal, bilinci açıktı. Göğüs ön arka çapı artmıştı, mezokardiyak odakta en iyi duyulan 2/6 kısa sistolik bir üfürüm dışında başka patolojik bulgu yoktu. Kan biyokimyası, tam kan sayımı, idrar incelemesi ve karın ultrasonografisi normaldi. Akciğer grafisinde hafif bir havalanma fazlalığı dışında bozukluk yoktu. EKG de ventrikül cevabı 100/dk olan atriyal fibrilasyon izleniyordu, V2-V6 arasında 1 mm'lik ST segment çökmesi izleniyordu.

Hastanın ekokardiyografik görüntülenmesi Accuson 128XP model bir cihaz ile yapıldı görüntüler Sony marka SVHS teybe kaydedildi. Transtoraksik görüntüler standart pozisyon ve pencerelerden V4C microcase transducer ile yapıldı. İki boyutlu ve tüm kapakların Doppler akım görüntüleri alındı. Transözofajiyal ekokardiyografi aynı cihaz ile ve multiplan TEE probu ile yapıldı. Hafif sedasyonu takiben (i.v. 1 mg midazolam) farens ve orafarens lokal anestezisi ile uyuşturulduktan sonra prob yutturuldu. Kalbin bazal, orta ve apeks seviyelerinden uzun ve kısa aks multiplan ve transgastrik kısa aks görüntüleri kaydedildi. Vena kaval ve kalp kapaklarındaki akım Doppler ile tespit edildi. Transtoraksik ekokardiyografide, sol kalp boşlukları ve yapıları normaldi. Perikard efüzyonu veya kapak patolojisi yoktu. Duvar kasılma düzeni ve ejeksiyon fraksiyonu normal sınırlarda idi. Sağ atriyum normalden genişti. İnferyor vena kavanın sağ atriyumla birleştiği yerden başlayan, kendi üzerinde kıvrılarak tüm sağ atriyumu dolduran, yuvarlak, distal serbest ucu bazen sistolde sağ ventriküle girip çıkan bir kitle tespit edildi. Kitlenin kökenini araştırmak amacıyla karın ve göğüs bilgisayarlı tomografisi çekildi. Kitle dışında karın ve göğüs içi organları normal bulundu. Transözofajiyal ekokardiyografide sağ atriyum 47 x 60 mm çapında ölçüldü. İnferyor vena kavanın sağ atriyuma açıldığı bölgede, Eustachian valvine yapışık 10 cm uzunluğunda, 0.5 cm çapında helezon biçiminde kendi üstüne kıvrılan ve serbest ucu zaman zaman sağ ventriküle girip çıkan kitle görüldü (Şekil 1,2). Hastanın 67 yaşında olması ve EKG'de anterolateral bölgede 1

Alındığı tarih: 28 Nisan, revizyon 15 Haziran 1996
Yazışma adresi: Doç. Dr. Mehmet Emin Korkmaz
Turan Güneş Bulvarı 75/22, Çankaya-Yıldız 06550 Ankara
Fax: (312) 440-7735



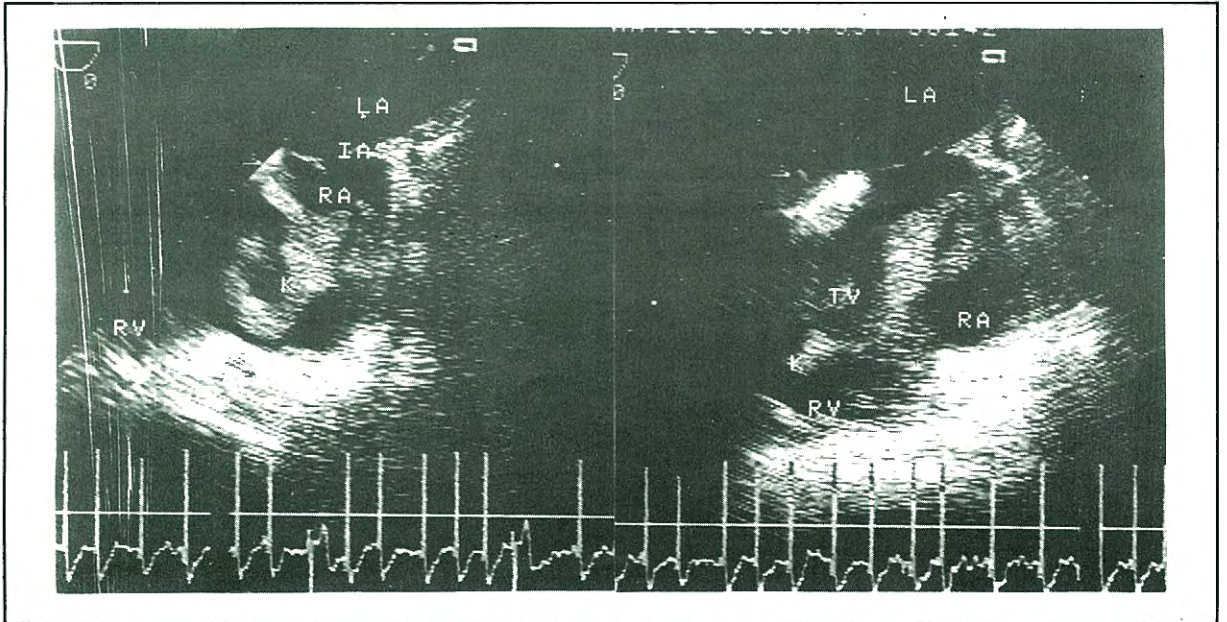
ŞEKİL 1: Transözefajiyel ekokardiyografide sağ atriyum kitlesinin görünümü. Bazal kısa aks, 0 derece. Kitlenin ucunun triküspit kapaktan sağ ventriküle geçtiği izleniyor. K= Kitle

mm'lik ST segment çökmesi izlenmesi ve hastanın cerrahisi tedavisi planlandığı için koroner anjiyografisi yapıldı. Koroner lezyonuna rastlanmadı. Operasyona alınan, normotermik şartlar altında kardiyopleji yapılmaksızın ve çok kısa süreli aort klemp konularak sağ atriyumundan Eustachian valvine yapışık 10-12 cm uzunluğundaki kitle çıkartıldı (Şekil 3,4). Materyalin patolojik incelemesi organize trombüs olarak sonuçlandı. Ameliyat sonrası dönem sorunsuz seyretti. Hasta postoperatif üçüncü ayında yakınmasız ve iyi durumdadır.

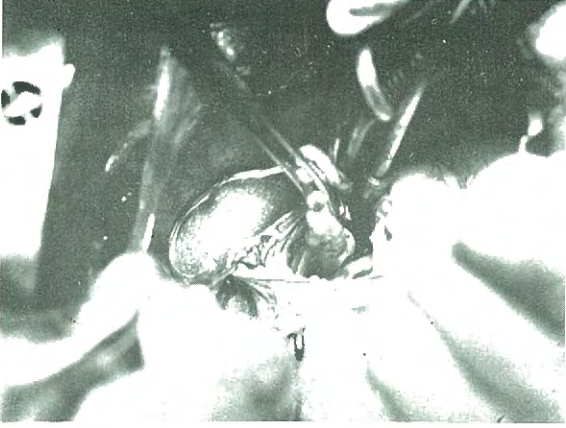
TARTIŞMA

Günümüzde ekokardiyografinin giderek artan kullanımları sonucu sağ atriyum trombüsleri daha erken ve sık tanınmaktadır (1,2). Bu yapıların en önemli klinik sonuçları pulmoner tromboemboliye yol açmalarıdır. Pulmoner tromboembolizm (PTE) sinsi karakteri nedeniyle tanınması güç bir durumdur (3). Vakaların büyük bölümünün tanı alamadığı kabul edilir. Yukarıda sunulan olgu için de muhtemelen bu düşünce geçerlidir. Her ne kadar hastamızda pulmoner anjiyografi ve/veya ventilasyon perfüzyon sintigrafisi ile pulmoner tromboembolizm tanısı geçmişte kanıtlanmamış olsa bile, tekrarlayan nefes darlığı atakları sağ atriyumda trombüs bulunan bir hastada aksi ispat edilene kadar pulmoner emboli olarak kabul edilmelidir. Ameliyat sonrası benzer yakınmasının olmaması da bu görüşü desteklemektedir.

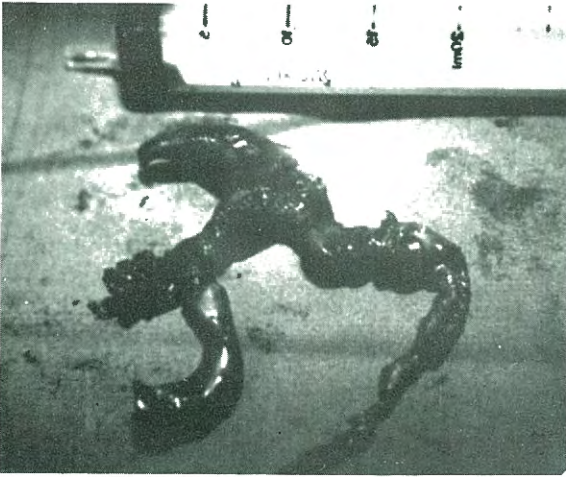
Pulmoner tromboembolinin esas kaynağı alt ekstremitelerde venleridir (3). Sağ atriyum trombüslerine bağlı PTE ise nadirdir (1-3). Sağ atriyum trombüsleri lokal olarak bölgede oluşabileceği gibi muhtemelen başka venlerde oluşma ve sağ atriyuma gelerek buraya tutunma daha geçerli bir mekanizmadır (1). Sağ atriyum içerisinde bazı bölgeler pıhtının tutunması için predispozitedir. Bu bölgelerin başında triküspit kapakçıklarının yaprakçıkları gelir (4). Teorik olarak Eustachian valvi de trombüsün tutunması için potansiyel bir ya-



ŞEKİL 2: Transözefajiyel ekokardiyografide sağ atriyum kitlesinin görünümü. Bazal kısa aks, 0 derece. Kitlenin sağ atriyum içine geri kıvrıldığı izleniyor. K= Kitle



ŞEKİL 3: Ameliyat sırasında açılan sağ atriyumdan kitlenin çıkartılması. Operasyon kardiyopleji ve hipotermi yapılmaksızın, kısa süreli aort klemp'i konarak gerçekleştirildi.



ŞEKİL 4: Ameliyat sonrası çıkartılan parça. Onbeş cm uzunluğunda tübüler materyal. İnce ucundan eustachian valvine tutunmaktaydı.

pı olmasına karşın buraya yapışık trombüsler çok nadirdir (1,2,4). Eustachian valvi, embriyonik sinüs venozusun artığı olup, inferiyör vena kava ile sağ atriyumun bileşkesinde bulunur ve klinik önemi yoktur

(5). Ulaşabildiğimiz literatürde, Eustachian valvine yapışık, uzun helozoni ve hareketli bir trombüs tanımlanmamıştır.

Bu olgu sunumu ile sağ atriyum trombüslerinin çok değişik biçimlerde olabileceğini ve Eustachian valvinden köken alabileceğini vurgulamak istedik. Tanıda transözefajiyel ekokardiyografi, kitlelerin biçim ve yerleşimini belirlemede geçerli bir yöntem olarak gözükmektedir. Tedavi cerrahi olabileceği gibi trombolitik ve/veya antikoagülan ajanlarla da yapılabilir (6). Bizim vakamızda, kitlenin garip biçimi nedeniyle trombüs tanısı kesin olmadığı için trombolitik tedavi denenmemiş ve hasta ameliyata verilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Saner HE, Asinger RW, Daniel JA, Elspenger KJ: Two dimensional echocardiographic detection of right-sided cardiac intracavitary thromboembolus with pulmonary embolism. J Am Coll Cardiol 1984; 7: 1294-301
2. Farfel Z, Shechter M, Vered Z, et al: Review of echocardiographically diagnosed right heart entrapment of pulmonary emboli-in-transit with emphasis on management. Am Heart J 1987; 113: 171-8
3. Moser KM: Pulmonary thromboembolism, in Harison's Principles of Internal Medicine, 12 th edition. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Martin JB, Fauci AS, Root RK (eds), New York, McGraw-Hill 1991, pp 1090-6
4. Covarrabias EA, Shekh MU, Fox LM: Echocardiography and pulmonary embolism. Ann Intern Med 1977; 87: 720-1
5. Yater WM: Variations and anomalies of the venous valves of the right atrium of the human heart. Arch Pathol 1929; 7: 418-41
6. Kinney EL, Wright RJ: Efficacy of treatment of patients with echocardiographically detected right-sided heart thrombi: a metaanalysis. Am Heart J 1989; 118: 569-73