

EUSTACHIAN KAPAK PULMONER EMBOLİ İÇİN BİR RİSK FAKTÖRÜ OLABİLİR Mİ?

Dr. İbrahim Halil Kurt

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, ADANA

Pulmoner emboli yaygın olmasına rağmen risk faktörlerinin tespiti her zaman mümkün olmamaktadır. Ekokardiyografik inceleme sırasında sağ atriyumdaki trombüslerin bir kısmına Eustachian kapak gibi konjenital yapılarla eşlik ettiği dikkati çekmektedir. Pulmoner embolisi olan biri doğum sonrası, diğeri kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan iki vakada sağ atriyumda eustachian kapağa eşlik eden trombüs tespit edildi.

Eustachian kapak predispozan faktörlerin varlığında tekrarlayan pulmoner emboliler için zemin hazırlayabilir.

Anahtar Kelimeler:Eustachian kapak, Sağ atriyal trombüs, Pulmoner emboli

(Türk Girişimsel Kard. Der. 2008;12:142-144)

GİRİŞ

Konjenital sağ atriyal yapıların trombüs gelişimine eğilimi artırdığı bilinmektedir. Ancak bazı faktörlerin Eustachian kapakla birlikte bulunması durumunda trombüs eğiliminin arttığı konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu yazıda biri doğum sonrası, ikincisi KOAH'lı olmak üzere sağ atriyumda Eustachian kapağa eşlik eden trombüslü iki pulmoner emboli vakası sunulmuştur.

OLGU 1

Otuz bir yaşında, ikinci hamileliğinin son üç ayında giderek artan nefes darlığı ve sık çarpıntıları şikayetleri olmuş. Hastanın yapılan muayenesinde ateş 37.4 C, kan basıncı 90/60 mmHg, Nabız 120/dak.boyun venlerinde belirginleşme, trikuspid odakta 3/6 sistolik üfürüm, akciğerde solunum sesleri azalmış olarak bulundu. Sağ üst kadranda palpasyonla karaciğer hasas ve 5-6 cm olarak palpe edildi. Laboratuvar incelemede eritosit sedimentasyon hızı 22 mm/saat, romatoid faktör, C-reaktif protein değerleri normal sınırlarda bulundu. Faktör V Leiden 1691 G>A heterozigot olarak bulundu. Anti-kardiyolipin immün globulin G (igG), İmmün globulin M(igM) negatif, protein-S %61, Homosistein 12.06 umol/L, antinükleer

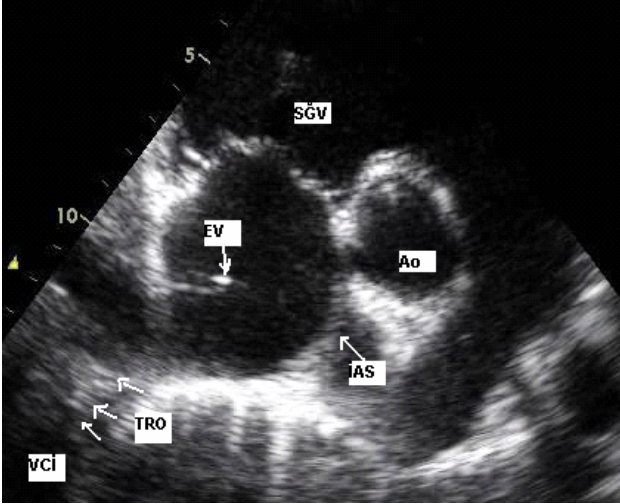
antikor (ANA), düz kas antikoru (SMA), HLA-B geni negatif, antitrombin III.%99.91, ve D-dimer 2000 ng FEU/ml olarak bulundu. Elektrokardiyogramda normal sinüs ritmi (NSR), V1-4 R>S ST depresyonu ve T negatifliği mevcuttu. Telekardiyografide kardiyomegali ve pulmoner konusta belirginleşme, akciğer parankim alanlarında non-spesifik infiltrasyon alanları mevcuttu. Yapılan transtorasik ekokardiyografik incelemede sağ kalp boşlukları ileri derecede dilatasyon, trikuspid yetmezliği (3+), pulmoner hipertansiyon (Paps 85 mmHg) ve vena kava inferiyorum sağ atriyumla birleşim yerinden interatriyal septuma kadar uzanan hareketli oluşum tespit edildi (Şekil 1). Yapılan alt ekstremiteler venöz ve karaciğer portal renkli Doppler incelemeleri normal bulundu. Kontrastlı toraks tomografisinde, pulmoner vasküler yapılarda dilatasyon ve subplevral konsolidasyon alanları tespit edildi. Çekilen akciğer ventilasyon - perfüzyon sintigrafisinde multiple mismatch ventilasyon/perfüzyon defektleri yüksek olasılıklı pulmoner emboli olarak değerlendirildi.

OLGU 2

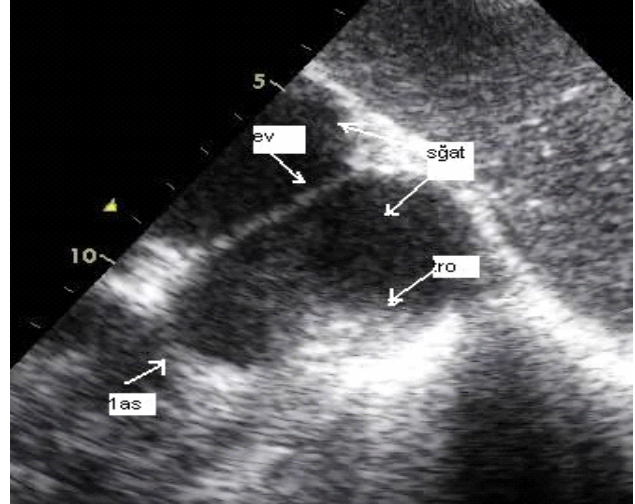
Elli iki yaşında erkek hasta, son bir yıldır karın ve bacaklarında yaygın şişlik nefes darlığı ve erken yorulma şikayetiyle kliniğimize yatırıldı. Hastanın kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) nedeniyle daha önce tedavi gördüğü anlaşıldı. Fizik muayenesinde karında asit, belirgin venöz dolgunluk, bilateral alt ekstremitelerde ödem tespit edildi. Hastanın yapılan biyokimyasal sonuçları normal sınırlarda olup, 12 derivasyolu EKG de, NSR, inkomplet sağ dal bloğu

Yazışma Adresi: Dr. İbrahim Halil KURT
Kurtuluş Mah. 10. Sokak
Ruhi Çamurdan Apt.
Kat:5 No:5, ADANA
Tel: +90 322 458 32 52
e-mail:İbrahimhalilkurt@gmail.com
Geliş Tarihi:12.02.2008
Kabul Tarihi:20.05.2008

Şekil 1: TTE subkostal kesitte vena cava inferiorun(VCI) sağ atriyum (SĞA) girişinden Eustachian Valve (EV) kadar uzanan trombüs (TRO) imajı görülmektedir. SĞV sağ ventrikül, Ao Aorta, (IAS: interatriyal septum).



Şekil 2: TTE subkostal kesitte dilate sağ atriyum (sğat) nedeniyle gerilen Eustachian Valve (EV) ve sağ atriyal trombüs (tro) görülmektedir. (ias: interatriyal septum)



tespit edildi, telekardiyografisinde kardiyomegali ve akciğerde non spesifik infiltrasyonlar tespit edildi. Eritrosit sedimantasyon (ESR), Biykimyasal parametreler, kan sayımı, protein S, C faktör, V leiden normal sınırlarda bulundu, D-Dimer, anti-fosfolipit antikor IgG negatif, Transtorasik ekokardiyografide sağ kalp boşlukları ileri derecede dilate, sağ atriyum içinde koroner sinus ağzından inferior vena kavaya uzanan membran ve yaygın spontan ekokontrastı ile birlikte trombüs izlendi (Şekil 2). Sistolik pulmoner basınç 80 mmHg olarak ölçüldü. Sol ventrikül fonksiyonu ve boyutları normal sınırlarda bulundu. Eustachian kapağın, sağ atriyumun aşırı dilate olması nedeniyle gerginliğinin arttığı ve hareketinin kısıtlandığı tespit edildi. Alt ekstremitede Doppler incelemesi normal, akciğer ventilasyon -perfüzyon sintigrafisinde her iki akciğerde çok sayıda mismatch ventilasyon/perfüzyon defekti tespit edildi ve hasta yüksek olasılıklı pulmoner emboli olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Sağ atriyum, gerek pulmoner ve gerekse sistemik emboliler açısından rezervuar görevi görmektedir. Sağ atriyumdaki kitlelerin bir kısmı konjenital kaynaklıdır. Konjenital sağ atriyal yapıların trombüs ve vejetasyonların oluşumuna zemin hazırladığı çeşitli yayınlarda bildirilmiştir^{1,2}. Sağ atriyuma lokalize embriyonik bir kalıntı olan Eustachian kapak, İntrauterin dönemde venöz kanın bir kısmını vena kava inferiorundan patent foramen ovaleye yönelmesini sağlamaktadır. Ayrıca kalbin en sık

görülen primer tümörleri olan miksona ve fibroelastomalarda Eustachian kapaktan kaynaklanabilir ve trombüs görünümü verebilirler^{3,4,5}. Sağ atriyumda yer işgal eden konjenital oluşumlar bilinmeyen nedenlerden dolayı vejetasyon ve trombüs oluşumuna zemin hazırladıkları ileri sürülmektedir⁶. Sağ atriyal trombüslerinin bir kısmı alt ekstremitedeki venöz sistemden kaynaklanmaktadır. Alt ekstremitedeki derin venlerden embolize olan trombüslerin bir kısmı sağ atriyumdaki Eustachian kapağa yapışabilmektedir⁷. Ancak her iki vakamızda yapılan bilateral alt ekstremitede Doppler incelemesinde trombüs tespit edilmedi. İlk vakamızdan gebelik öyküsü dışında KOAH'a eklenen akciğer enfeksiyonu mevcuttu. Dilate sağ kalp boşlukları staz nedeniyle sağ atriyumda trombüsün oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir. Bu iki pulmoner emboli olgusunda olduğu gibi KOAH ve gebelik eustachian kapak varlığında sağ atriyal trombüse eğilimi artırabilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda ekokardiyografik inceleme yapılırken eustachian kapağa dikkat edilmesi sağ atriyal trombüs riski için yararlı olacaktır.

Sonuç olarak, Eustachian kapak, gebelik gibi pıhtılaşma eğiliminin arttığı ve KOAH gibi sağ kalp boşluklarında dilatasyona yol açan durumlarda, trombüs ve pulmoner emboliye zemin hazırlayabilirler.

KAYNAKLAR

1. Geogerson R, Liu M, Bnsal RC: Transesophageal echocardiographic diagnosis of eustachian valve

- endocarditis. *J Am Soc Echocardiogr* 1996; 9:206-208.
2. Carson W, Chiu SS: Eustachian valve mimicking intracardiac mass. *Circulation* 1998;97:2188.
 3. Bowers J, Krinsky W, Gradon JD. The pitfalls of transthoracic echocardiography. A case of eustachian valve endocarditis. *Tex Heart Inst J* 2001;28:57-59.
 4. Shigemitsu O, Hadama T, Mori Y, Miyamoto S, Sako H. Surgical treatment for right atrial papillary fibroelastoma, originated from the eustachian valve. *J Jpn Assn Thorac Surg* 1995; 43: 403-406.
 5. Teoh KH, Mulji A, Tomlinson CW, Lobo F. Right atrial myxoma originating from the eustachian valve. *Can J Cardiol.*1993;9:441-43.
 6. Jolly N, Kaul UA, Khalilullah M. Right atrial thrombus over eustachian valve-successful lysis with streptokinase. *Int J Cardiol* 1991;30:354-56.
 7. Barriales V, Tamargo JA; Aguado MG, Martin M, Rondan J, Segovia E, Moris C. Floating trombi on the Eustachian valve as a complication of venous thromboembolic disease. *Int J Cardiol.* 2004;93:289-91.