

Pulmoner Emboliyi Taklit Eden Diyafram Paralizisi Olgusu

İ. Kıvılcım Oğuzülgen, Ceyda Kırışoğlu, Elif Mullarecep, Numan Ekim

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Ankara

ÖZET

Pulmoner embolizm (PE) sık görülen, tanısı güç konulabilen, mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tanı, klinik kuşku bulunduğu, uyumlu sintigrafik bulgular ve bazen de radyolojik incelemelerin yardımıyla konulmalıdır.

Bu yazıda, göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvuran, öncelikle PE açısından incelenen bir diyafram paralizisi olgusu sunulmaktadır. PE'nin klinik ve radyolojik özelliklerindeki zorluklar ve bunların PE ayırıcı tanısındaki yeri de tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: pulmoner emboli, radyoloji, diyafram paralizisi

Toraks Dergisi, 2003;4(1):100-102

ABSTRACT

Diaphragmatic Paralysis Mimicking Pulmonary Embolism

Pulmonary embolism (PE) is a common, potentially fatal condition that clinicians have difficulty in diagnosis. Diagnosis should be made by combination of symptoms, signs, scintigraphic and radiological features. Here we report a case of diaphragmatic paralysis who was admitted with dyspnea, chest pain and was investigated for PE. In this report we reviewed the difficulties of clinical and radiological features of PE and their importance in the differential diagnosis of PE.

Key words: pulmonary embolism, radiology, diaphragmatic paralysis

GİRİŞ

Pulmoner embolizm (PE), sık oluşan ancak tanısı güç konulabilen, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tanıda klinik kuşkunun yanı sıra, akciğer ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi, toraks spiral bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) anjiyografi önem taşımakla birlikte, halen altın standart olarak pulmoner anjiyografi kabul edilmektedir [1]. Ancak yine de klinik açıdan hastanın değerlendirilmesi tanıda ilk basamağı oluşturmaktadır.

Bu makalede, PE'yi taklit eden bir diyafram paralizisi olgusu nedeniyle, PE'de tanı güçlükleri tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

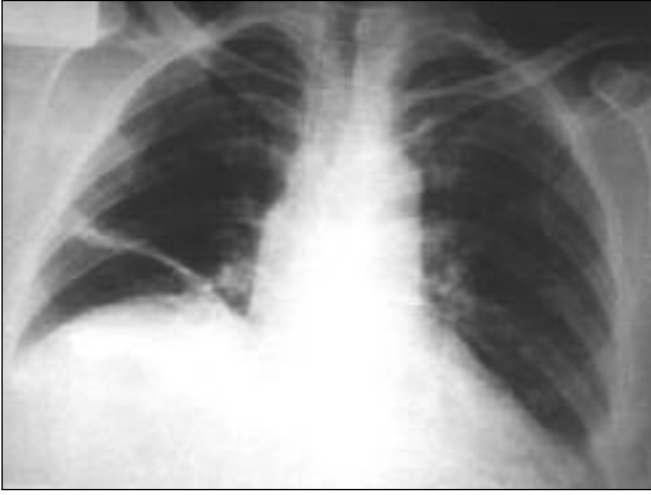
63 yaşındaki kadın hasta sağ yan ağrısı ve nefes darlığı yakınmasıyla acil servise başvurdu. Beş yıldır zaman zaman sağ

yan ağrısı olduğunu belirten hasta, son bir hafta içinde şiddetlenen bu ağrının nefes alıp vermekle artan ve batıcı nitelikte olduğunu belirtti. Sigara öyküsü olmayan hasta beş ay önce geçirmiş olduğu pnömoni sonrası gelişen ve süreklilik gösteren nefes darlığının da sağ yan ağrısıyla birlikte arttığını ifade etti. Hemoptizi, öksürük, balgam, ateş, çarpıntı, bacaklarda şişlik, ağrı yakınmaları yoktu. Fizik muayenede sağ akciğer tabanında solunum seslerinde azalma ve taşipne (28/dk) dışında patolojik bulgu yoktu.

Posteroanterior akciğer grafisinde sağ diyafram elevasyonu ve sağ alt zonda bant şeklinde atelektazi görüldü (Resim 1). Arter kan gazı analizinde pH 7.43, PO₂ 69.9 mmHg, pCO₂ 41.8 mmHg ve oksijen saturasyonu %94 idi. Spektrofotometrik ölçüm yöntemiyle D-dimer 241 mg/L (Normal <150) bulundu. Diğer laboratuvar bulguları normal sınırlarda olan olgunun elektrokardiyogramında sağ ventrikül yüklenme bulguları yoktu.

Ani başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı ve radyolojik bulguların PE ile uyumlu olması göz önüne alınarak yapılan akciğer ventilasyon-perfüzyon sintigrafisinde, sağ akciğer alt lobunda tüm segmentlerde perfüzyon kaybı, sağ akciğer üst lob

Yazışma adresi: İ. Kıvılcım Oğuzülgen
Turan Güneş Bulvarı 92/2
Çankaya, Ankara
Tel: (0312) 214 10 00
Faks: (0312) 212 90 19
e-posta: ipek@gazi.edu.tr



Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisinde, sağ diyafram elevasyonu ve sağ alt zondaki bant şeklinde atelektazi.



Resim 3. Anjiyografide ana, sağ ve sol pulmoner arterlerin tamamen dolduğu, ancak diyafram yüksekliğine bağlı olarak sağ akciğer orta ve alt zonlarda perfüzyonun görece azaldığı görülmekte.



Resim 2. Toraks spiral BT'de ana pulmoner arter distalinde periferik trombus ve sağda üst lob pulmoner arterinde geçişe izin veren trombusla uyumlu lezyonlar.

segmentleri ve sol akciğer üst lob ve lingulada hipoperfüzyon olduğu görüldü. Perfüzyon kaybı gösteren segmentlerde ventilasyonun da aynı şekilde bozulduğu saptandı. Sintigrafik incelemenin PE açısından 'orta olasılıklı' olarak değerlendirilmesi üzerine, alt ekstremité venöz doppler ultrasonografisi yapıldı ve herhangi bir patoloji saptanmadı. Klinik bulguların çok silik olması ve sağ diyafram yüksekliği nedeniyle hasta, toraks spiral BT ile değerlendirildi.

Toraks spiral BT'de, sağ akciğerde volüm kaybının bulunduğu, ana pulmoner arter distalinde periferik trombusla uyumlu görünüm olduğu, lümen kalibrasyonun belirgin şekilde incelendiği, sağda üst lob pulmoner arterinde geçişe izin

veren trombusla uyumlu lezyon görüldüğü (Resim 2) ve sağ akciğer bazal segmentlerde lineer fibrotik dansite artışı olduğu bildirildi. BT incelemesiyle masif embolizm tablosu tanımlanırken, tedavi almaksızın hastanın EKO kardiyoğrafisinin normal olması, acil servise başvurusundan bir iki saat sonra yakınmalarının tamamen geçmesi ve vital bulguların stabil seyretmesi nedeniyle PE tanısında kuşkuya düşüldü ve pulmoner anjiyografi yapılmasına karar verildi. Anjiyografide toraks BT'yi doğrulayacak intralüminal bir patoloji saptanmadı. Ana, sağ ve sol pulmoner arterlerin tamamen olduğu, ancak diyafram yüksekliğine bağlı olarak sağ akciğer orta ve alt zonlarda perfüzyonun görece azaldığı görüldü (Resim 3). Anjiyografide, presegmenter düzeyde ekstrasvasküler bir lezyon kuşku olması üzerine gerek intra- ve ekstrasvasküler yapıları, gerekse yumuşak doku lezyonlarını değerlendirmek üzere toraks MR anjiyografi yapıldı ve hastada, vasküler yapılarda hiçbir patolojik sinyal değişikliği saptanmadı.

Sağ diyafram elevasyonu nedeniyle seri akciğer grafileri ve abdomen ultrasonografisiyle de değerlendirilen ve sonuçta "diyafram paralizi" tanısı konulan hasta bu açıdan tekrar sorgulandığında, beş yıl önce künt toraks travması geçirdiği ve o zamandan beri akciğer grafilerinde diyafram yüksekliğinin sebat ettiği öğrenildi.

Hastanın çabuk geçen başvuru yakınmalarının kas-iskelet sistemine ait olduğu düşünüldü.

TARTIŞMA

PE geçiren ve sağ kalan hastaların yaklaşık 1/3'ünde doğru tanı konulduğu gösterilmiştir. Doğru tanı konulup uygun

tedavi verilen olgularda mortalite %3'lerdeyken, tanı konulamayan olgularda bu oran %30'lara çıkmaktadır [2]. PE pek çok kardiyovasküler hastalığı taklit edebildiği gibi pek çok hastalık da PE'nin radyolojik ve sintigrafik görünümüne yol açabilir [3]. Bazı otopsi çalışmalarında, ölmeden önce klinik olarak kesin PE tanısı konulan hastaların %60-65'inde PE'nin var olmadığı gösterilmiştir [4]. Radyolojik ve sintigrafik olarak PE ile benzer görünüme neden olan hastalıkların başında bronkojenik karsinom gelmektedir. Diğer tanılar arasında pulmoner arter hipoplazisi veya agenezisi, bronkojenik kist, sarkoidoz, dissekan aort anevrizması, pulmoner arter anevrizması, primer tümörler ve kardiyak tümörler, hatta mukus tıkaçları sayılabilir [5-9]. Bu olgu sunumunun özelliği, PE ile benzer radyolojik ve sintigrafik özelliklere sahip, literatürde tanımlanan ilk diyafram paralizisi olgusu olmasıdır.

PE tanısında klinik kuşku büyük önem taşımaktadır. Ancak semptomların özgülüğünün düşük olması, radyolojik ve sintigrafik yöntemlerin değerini artırmaktadır [10]. Tanı yöntemleri arasında ilk sırada yer alan akciğer ventilasyon-perfüzyon sintigrafik incelemesinde orta olasılıklı olarak değerlendirilen olgular, halen önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Bu olguda da görüldüğü gibi, klinikle uyumlu olmayan ve uzun süre sebat eden perfüzyon bozuklukları anatomik anomalileri akla getirmelidir [9, 10]. Bu aşamada vasküler yapıların, bronşiyal ağacın ve akciğer parankiminin değerlendirilmesini sağlayan yöntem, toraks spiral BT'dir. Sintigrafik olarak orta olasılıklı olarak değerlendirilen olguların toraks spiral BT ile değerlendirilmesi bazı yazarlarca önerilmektedir [11-13]. Son yıllarda toraks spiral BT, tanıda altın standart olan anjiyografiye bir alternatif olarak gösterilmektedir [1]. Gurney ve arkadaşları, bu uygulamayla anjiyografi gereksiniminin azalacağını belirtmektedir [14]. Spiral BT ile santral PE'de doğruluk oranı yüksek olsa da, halen oranı bilinmeyen yanlış pozitiflik, olgumuz örneğinde de olduğu gibi, görülebilmektedir [12].

Bu olguda spiral BT bulguları masif PE ile uyumluyken, klinik kuşkunun düşük olması pulmoner anjiyografiyi gündeme getirmiştir. Pulmoner arterlerin açık olduğunu gösteren

anjiyografi ekstralüminal bir patolojiyi dışlayamadığı için MR incelemesine gerek duyulmuştur. Sonuçta, hastada diyafram paralizisi dışında patolojik bir bulgunun olmadığı gösterilmiştir.

PE'de semptom ve bulguların özgülüğü düşük olmakla birlikte, radyolojik tanı yöntemleri, uygun klinik yaklaşım olmaksızın bazen yetersiz kalmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi kliniğin PE ile uyumlu olmadığı durumlarda hastalar tekrar irdelenmeli, tanıya yardımcı olabilecek tüm radyolojik yöntemlerle incelenerek gereksiz ve uzun süreli tedavilerden kaçınılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kaya T. PTE tanısında anjiyografi. Pulmoner Tromboemboli. Metintaş, ed. Eskişehir: ASD Toraks yayınları, 2001; 129-35.
2. Carson JL, Kelley MA, Duff A et al. The clinical course of pulmonary embolism. N Engl J Med 1992; 326: 1240-5.
3. Ekim N. Trombolitik tedavi. Pulmoner Tromboemboli. Metintaş, ed. Eskişehir: ASD Toraks yayınları, 2001: 175-81.
4. Arseven O. Pulmoner tromboembolide klinik ve laboratuvar bulguları, tanı yaklaşımı. Pulmoner Tromboemboli. Metintaş, ed. Eskişehir: ASD Toraks yayınları, 2001: 95- 110.
5. Fields CL, Roy TM, Ossorio MA. Thrombosed pulmonary artery aneurysm. A rare cause of a high probability lung scan. Chest 1992; 102: 1292-4.
6. Trübenbach J, Preira L, Huppert PE, et al. Primary choriocarcinoma of the pulmonary artery mimicking pulmonary embolism. British J Radiology 1997; 843- 5.
7. Shields JJ, Cho KJ, Geisinger KR. Pulmonary artery constriction by mediastinal lymphoma simulating pulmonary embolus. AJR 1980; 135: 147-50.
8. O'Ferrall DJM, Cohn JR, Rider-Foster D. False positive perfusion lung scintiscans in tetraplegic patients: a case series. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 1343- 5.
9. Delany SC, Doyle TCA, Bunton RW, et al. Pulmonary artery sarcoma mimicking pulmonary embolism. Chest 1993; 103: 1631-3.
10. Seal EC, Rutter HR, Horrigan MC, Britton MG. Left atrial tumour mimicking pulmonary embolism. Respir Med 1997; 91: 562-4.
11. Davis SD. Case 228: Proximal interruption of the right pulmonary artery. Radiology 2000; 217: 437-40.
12. Hansell DM, Padley SPG. Continous volume computed tomography in pulmonary embolism: the answer, or just another test. Thorax 1996; 51: 1-2.
13. Gerard SK. Pulmonary embolism diagnosis with spiral CT versus ventilation perfusion sintigraphy. Radiology 1999; 210: 576-7.
14. Gurney JW. No fooling around: Direct visualization of pulmonary embolism. Radiology 1993; 188: 618-9.