

Olgu Sunumu

Romatoid Artritli Hastada Tipik Yarasa Kanadı Görünümü: Diüretik Tedavisine Yanıt Vermeyen Fakat Steroid Tedavisi ile Gerileyen Akciğer Ödemi

Dr. Adnan KAYA*, Dr. Emre ARUĞASLAN* , Uzm.Dr. Sami İLHAN**, Uzm.Dr. Mehmet Fatih AYDOĞAN***
Doç.Dr. Zekeriya NURKALEM*

* Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

** Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

*** Haydarpaşa Numune Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Romatoloji Kliniği, İstanbul

Özet

Kardiyojenik ve non kardiyojenik pulmoner ödem tedavi yöntemleri, takipleri ve de mortaliteleri farklı olduğu için ayırımının yapılması ve tedavinin tanı çerçevesinde yapılması önem kazanmaktadır. Merkezimize akut pulmoner ödem ile başvuru yapan tip II diabetes mellitus ve daha önceden stent öyküsü olan ve de romatoid artrit ile takipli olan bir hastada ilk fizik muayene bulguları, elektrokardiyogram (EKG) da iskemi bulgusu olan yeni gelişen sol dalbloğu olması (LBBB), kardiyak enzim pozitifliği olması ve de akciğer grafisinde akciğer ödemi için tipik olan hiler ve parankimal dolgunluk yarasa kanadı görünümü olması üzerine öncelikli olarak kardiyojenik pulmoner ödem düşünülerek koroner yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Hastanın akut kalp yetmezliği tedavisine ve aralıklı CPAP tedavisine yanıtı olmaması, Swan-Ganz katateri ile pulmoner kama basıncının (PCWP) 10 mm Hg saptanması, transtorasik ekokardiyografi ile iskemik kalp hastalığı, diastolik disfonksiyon ve de kapak patolojisi ekarte edilmesi sonucu non kardiyak pulmoner ödem düşünülen hasta akciğer yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisi (HRCT) çekilerek göğüs hastalıklarına konsulte edildi. Romatoid artrite bağlı akciğer tululumu ve Akut Respiruar Distress Sendromu (ARDS) tanısı konulan hasta i.v. steroid tedavisi ile düzeldi. Olgu sunumumuzda romatoid artritli hastalarda akciğer tutulumuna bağlı steroid tedavisi ile düzelen tipik akciğer ödemi bulgusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyojenik pulmoner ödem, Akut respiratuar distres sendrom, Romatoid artrit

Typical Butter-fly Appearance with Romatoid Arthritis Patient: Pulmonary Edema Did not Respond Diuretic but Resolved After Steroid Therapy

Summary

Because of different medical treatment, follow up and mortality rate between cardiogenic pulmonary edema and non cardiogenic pulmonary edema it is important to distinguish one from other and start appropriate treatment. Admitted our institution with acute pulmonary edema; patient taught to be cardiogenic pulmonary edema because of antecedents type II diabetes, coronary stenting, rheumatoid arthritis and also appropriate physical examination findings, new onset of left bundle brunch block which inadequate coronary ischemia, positive cardiac enzymes and also typical lung infiltration for cardiogenic pulmonary edema in chest x-ray. Than transferred intensive coronary care unit for follow up. Not responding acute decompensated heart failure treatment, continious positive air pressure (CPAP) treatment and also excluding coronary ischemic disease, diastolic dysfunction, and valvular pathologies and finding pulmonary capillary wedge pressure 10 mm Hg the case taught to be non cardiogenic pulmonay edema. After high rezonans computerize tomography (HRCT) of lung the patient consulted to the department of chest disase. Making diagnosis of pulmonary involvement of rheumatoid arthritis and acute respiratory distress syndrome the patient recover with i.v. steroid treatment. Recovering with steroid therapy from pulmonary edema in patients with diagnosis of rheumatoid arthritis with lung involvement is discussed in this case.

Key Words: Cardiogenic pulmonary edema, Acute respiratory distress syndrome, Rheumatoid arthritis

Giriş

Kardiyojenik ve non kardiyojenik pulmoner ödem tedavi yöntemleri, takipleri ve de mortaliteleri farklı ol-

duğu için ayırımın yapılması ve tedavinin tanı çerçevesinde yapılması önem kazanmaktadır. Merkezimize tipik akut pulmoner ödem klinik ve radyolojik bulguları

ile başvuran romatoid artritli hastada steroid tedavisi ile tablonun gerilemesi, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Altmışiki yaşında erkek hasta acil polikliniğimize son 15 gündür giderek artan nefes darlığı ve elektrokardiyogramında (EKG) alterne eden sol dal bloğu (LBBB) ile dış merkezden konsülte edildi (Şekil 1).



Şekil 1: Geliş Ekg: Sol dal bloklü sinus ritminde (LBBB)

Öncesinde koroner arterlerin sol sistemine stent öyküsü mevcut idi. Aynı zamanda Tip 2 diyabeti olup metformin ve insülin kullanımı mevcut idi. Ayrıca 10 yıldır romatoid artrit ile takipli olup, 3 ay öncesine kadar deltakortil ve metotreksat kullanımı mevcuttu. Üç ay önce metotreksat tedavisi durdurulup yerine leflunamid başlanmıştı. Leflunamid başlandıktan sonra hastanın ara ara bulantı kusmaları ve toplamda 10 kilo kaybı olmuştu. Dış merkeze son 15 gündür olan nefes darlığı ile başvuran hasta merkezimize alterne eden sol dal bloğu ile konsülte edildi (yeni gelişen sol dal bloğu). Başvuru esnasında tansiyonu sistolik 140 mmHg, diyastolik 100 mm Hg, vücut ısısı 36,8 C, parmak ucu pulse oksimetri ile oksijen satürasyonu 80, nabızı 80 atım/dakika saptandı. Fiziki bakıda her iki akciğer orta zonlara kadar ince krepitan ralleri mevcuttu. Hastanın yatak başı çekilen PAAG'de her iki akciğerde yarası kanadı şeklinde hiler ve parankimal dolgunluk saptandı (Şekil 2).



Şekil 2: İskemi düzeldikten sonraki EKG: Normal sinüs ritmi, iskemi bulgusu yok

Seri elektrokardiyogram takiplerinde de sol dal bloğunun sebat etmesi üzerine ve bakılan troponin değeri-

rinin 0,98 ng /dL gelmesi üzerine hasta miyokard enfarktüsüne bağlı akciğer ödemi olarak kabul edilip anti trombositer tedavi sonrası İ.V. diüretik ve İ.V. nitrat ve salbutamol inhaler tedavisi başlandı. Bakılan seri arter kan gazı takiplerinde yapılan tedaviye rağmen arteriyel oksijen saturasyonları toparlamayan hasta non-invasif mekanik ventilasyonu desteği verilmek üzere koroner yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun bakım takiplerinde yapılan yatakbaşı transtorasik ekokardiyografide (TTE); EF %60, normal sol atriyum boyutları, normal sol ventrikül duvar kalınlıkları, normal sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonları saptandı. Takiplerinde i.v. diüretik, i.v. nitrat, ipratropium bromide/salbutamol nebül, budenoside nebul tedavisi ve aralıklı non-invasif mekanik ventilasyon desteği almasına rağmen semptomatik iyileşme, rahatlama ve laboratuvar parametrelerinde iyileşme sağlanamadı. Bunun üzerine non kardiyak pulmoner ödem tanısı düşünülerek göğüs hastalıklarına konsülte edildi. Çekilen toraks HRCT'de ARDS ile uyumlu bulguları mevcut olan hastanın romatoid artritinin olması nedeniyle romatolojiye ve non-invasif destek için anestezi ve reanimasyona konsülte edildi (Şekil 3).



Şekil 3: Başvuru akciğer grafisi

Tanının hemodinamik sağlaması için Swan-Ganz katateri takıldı. Bakılan pulmoner arter sistolik basıncı 28 mmHg, ortalama basıncı 16 mmHg, pulmoner kama basıncı (PCWP) 10 mmHg, Fick yöntemi ile hesap-

lanan kardiyak output 4,5 L saptandı. Hemodinamik ve radyolojik olarak akut respiratuvar distres sendromu (ARDS) tanısı konulan hastaya romatoloji tarafından steroid tedavisi ve reanimasyon tarafından non-invasif mekanik ventilasyon ayarları yapıldı. Arter kan gazında saturasyonları toparlayan hastanın sol dal bloğu (LBBB) düzeldi. Hastanın yatışı esnasında troponin değerleri 0,98'e kadar yükselmesi primer akciğer patolojisine bağlandı. Laboratuvar takiplerinde hastanın kardiyak enzimleri medikal tedaviden fayda görmesine bağlı olarak normale döndü ve elektrokardiyogramdaki sol dal bloğu normale döndü (Şekil 4). İkinci haftada semptomsuz oda havasında takip edilen hastanın yapılan efor testinde iskemi saptanmadı. Bu olgu sunumunda kardiyak enzim yükselmesi ve EKG'de sol dal bloğu gelişmesi primer akciğer hastalığından kaynaklanan hipoksiye bağlandı.

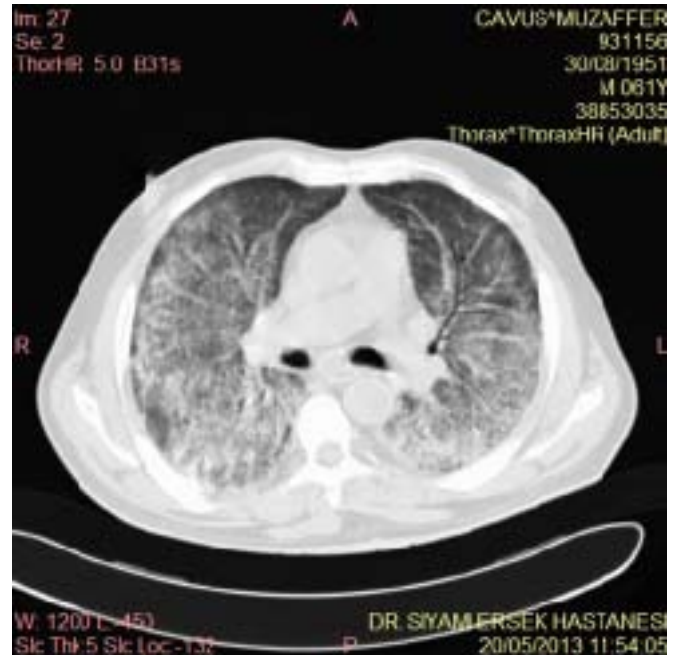


Şekil 4: Steroid tedavisi sonrası kontrol akciğer grafisi

Tartışma

Romatoid artrit etyolojisi bilinmeyen sistemik enflamasyon ile giden öncelikli olarak eklemleri tutan kronik bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %50'si serozit, pnömonitis, miyokardit, valvulit, renal tutulum, miyozit, arterit, periferik nörit, hematolojik tutulum gibi ekstra artiküler tutulum gösterir.¹ 81 romatoid artritli hastanın postmortem otopsisinde akciğer tutulumu (%9,9), kalp tutulumuna (%17,3) ve enfeksiyona (%23,5) bağlı ölümlerden sonra en sık üçüncü ölüm

nedeni bulunmuştur.² Plevral tutulum, interstisyel tutulum ve romatoid nodül romatoid artritte en sık akciğer tutulumu şeklidir.^{3,4,5,6} Tipik akciğer ödemi tutulumu nadir olmakla birlikte teorik olarak tutulum paternini karşılayabilir. Bizim olgumuzda başvuru akciğer grafisinde hiler ve parankimal dolgunluk "yarasa kanadı görünümü" olması ve klinik bulgular kardiyojenik pulmoner ödem ile uyumlu idi. Fakat kalp yetersizliği tedavisine yanıt vermedi. Bunun üzerine yapılan hemodinamik ve radyolojik incelemelerde hastada romatoid artrit nadir bir tutulum şekli olan non kardiyojenik pulmoner ödem (ARDS) tanısı konulmuş olup, romatoloji ve göğüs hastalıklarının önerileri doğrultusunda intravenöz steroid tedavisi ile hızlı iyileşme sağlanmıştır. Romatoid artritli hastaların diğer akciğer tutulumlarında olduğu gibi bu tutulum paterni de steroid tedavisine cevap vermiştir. Yarasa kanadı görünümünün kaybolduğu gözlenmiştir (Şekil 5).



Şekil 5: HRCT görüntüsü

Sonuç olarak romatoid artritli hastalarda tipik akciğer ödemi tablosu bulgularıyla başvuran hastalarda romatoid artrite bağlı akciğer tutulumu akla gelmelidir. Özellikle diüretik tedaviye dirençli hastalarda steroid tedavisi ile klinik düzelme sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, et al. Occurrence of extra-articular disease manifestations is associated with excess mortality in a community based cohort of pa-

tients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2002;29:62-67.

2. Turesson C, Jacobsson L, Bergstrom U. Extra-articular rheumatoid arthritis: prevalence and mortality. Rheumatology (Oxford) 1999;38:668-74.
3. Tanoue LT. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. Clin Chest Med 1998;19:667-85
4. Strange C, Highland KB. Interstitial lung disease in the patient who has connective tissue disease. Clin Chest Med 2004;24:549-59
5. Tansey D, Wells AU, Colby TV, et al. Variations in histologica patterns of interstitial pneumonia between con-

nective tissue disorders and their relationship to prognosis. Histopathology 2004;44:585-96.

6. Walter N, Collard HR, King TE Jr. Current perspectives on the treatment of idiopathic pulmonary fibrosis. Proc Am Thorac Soc 2006;3:330-8.

Yazı Kayıt

Geliş Tarihi: 21.10.2013

Kabul Tarihi: 18.12.2013

Yazışma Adresi: Adnan Kaya, Siyami Ersek Hastanesi Kardiyoloji Bölümü Üsküdar, İstanbul

e-posta: adnankaya@gmail.com
