

OLGU 3

Patent Duktus Arteriozus Olgusu

Zeynep ULUTAŞ¹

Olgu Sunumu

19 yaşında kadın hasta nefes darlığı, yorgunluk, çarpıntı ve tırnaklarda morarma şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yaklaşık olarak 5 yıldır olan çarpıntı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde hemoglobin yüksekliği nedeniyle, birkaç kez flebotomi yapılmış. Soy geçmişinde özellik olmayan hastanın bilinen ek hastalığı yoktu ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede, periferik siyanozu olan hastanın, çomak parmağı mevcuttu (Şekil 1). Sol ikinci interkostal aralıkta 2/6 pansistolik üfürüm tespit edildi. Kan basıncı 110/70 mmHg ve nabızı 102 atım/dk idi. Solunum sesleri doğal olan hastaya elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi ve posteroanterior akciğer grafisi ile birlikte labaratuvar değerlendirmesi planlandı.

Klinik Değerlendirme ve Tanı

Hastanın EKG'sinde sinüs taşikardisi, inkomplet sağ dal bloğu ve sağ aks deviasyonu izlendi (Şekil 2). Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal sınırlarda iken, sağ kalp boşlukları dilate görünümde olup, sağ atriyum alanı 21 cm² olarak kaydedildi. Sağ ventrikül duvar kalınlığı artmış, ana pulmoner arteri dilate olup en geniş çapı 39 mm idi. Pulmoner yetmezlik jeti üzerinden diyastolik pulmoner arter basıncı (PAB) yaklaşık olarak 50 mmHg olarak ölçüldü. Minimal perikardiyal efüzyonu olan hastada vena kava inferior dilate (23 mm) ve solunumla > % 50 kollabe olmaktaydı (Video 1-7). Transözofageal ekokardiyografide interatriyal ve interventriküler septumda defekt izlenmedi. Posteroanterior akciğer grafisinde pulmoner konus belirgindi (Şekil 3). Laboratuvar değerlendirmesinde ferritin düşüklüğü (7.3 ng/ml) ve NT proBNP yüksekliği (453.00 pg/ml) dışında özellik yoktu. Arter kan gazında hipoksemi (SaO₂:%60.4) mevcuttu. Altı dakika yürüme testinde 400 metre yürüdü. Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi normaldi. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde akciğer paran-

¹ Dr. ögr. Üyesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, drzeynepulutas@gmail.com

Erişkinlerde, PDA'nın kalsifikasyonu cerrahi kapatma açısından soruna neden olabilir. Diğer eşlik eden kardiyak lezyonlar nedeniyle kardiyak operasyonlar endike olsa bile cihaz kapatma tercih edilen yöntemdir ve yetişkinlerin büyük çoğunluğunda çok düşük komplikasyon oranı ile başarıyla uygulanabilir. Cerrahi, kanalı cihaz kapatamayacak kadar büyük olan veya anevrizma oluşumu gibi uygun olmayan anatomiye sahip nadir hastalara mahsustur. (2,3)

Ek hususlar: (2)

- Egzersiz/spor: Asemptomatik hastalarda, PH yoksa kapatmadan önce veya sonra herhangi bir kısıtlama yoktur.
- Gebelik: PH'si olmayan hastalar için önemli ölçüde artmış risk yok. Prekapiller PH'si olan hastalarda gebelik önerilmez.
- İnfektif endokardit profilaksisi: Yüksek riskli hastalarla sınırlıdır.

Kaynaklar

1. Rajesh V, Kheiwa A, Varadarajan P. Echocardiography in adult patients with PDA: A simplified approach. *Echocardiography*. 2020;37:2194-2198.
2. Baumgartner H, Backer JD, Babu-Narayan S V, et al, 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease: The Task Force for the management of adult congenital heart disease of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2021;42: 563–645.
3. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald E. Braunwald's heart disease; a textbook of cardiovascular medicine. In: Webb G D, Smallhorn J F, Therrien J et al . *Congenitally Heart Diseases* . 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:p1489-1547