

ادم یک طرفه ریوی بدون اختلال کار دریچه در بیمار با دریچه مصنوعی قلب

گیتی پوردولت^۱، ندا بهزادنیا^{۲*}

- (۱) مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- (۲) مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده:

بیماری که معرفی می‌گردد، خانم ۴۷ ساله‌ای است با سابقه تعویض دریچه میترال، که به مدت ۲ سال دچار انفیلتراسیون یک طرفه ریوی بود. بررسی و انجام اکوکاردیوگرافی مکرر به نتیجه نرسیده بود. در نهایت با تغییر وضعیت خوابیدن بیمار و جابجایی محل انفیلتراسیون مسئله ادم یک طرفه ریوی اثبات گردید. در موارد گزارش شده قبلی، نارسائی حاد دریچه میترال و یا اختلال عملکرد دریچه مصنوعی و نشت اطراف دریچه، از علل ادم یک طرفه ریوی ذکر شده است. ولی در مورد این بیمار در بررسی با اکوکاردیوگرافی از طریق مری هیچگونه اختلال عملکرد دریچه مشاهده نشد.

کلمات کلیدی: ادم ریه، یک طرفه، اختلال کار دریچه

* نویسنده مسئول:

دکتر ندا بهزادنیا، مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دارآباد، نیاوران، تهران، ایران،
پست الکترونیک: nedabehzadnia@yahoo.com

مقدمه

ادم یک طرفه ریه از علل نادر انفیلتراسیون یک طرفه ریه می‌باشد. که با سایر موارد انفیلتراسیون ریوی به راحتی قابل افتراق نیست و معمولاً ادم یک طرفه ریه در تشخیص‌های اولیه قرار نمی‌گیرد [۱،۲]. ادم یک طرفه ریوی می‌تواند ثانویه به انفارکتوس قلبی، با و بدون نارسائی شدید و حاد میترال [۳]، تب روماتیسمی [۴،۵] و همچنین در مواردی ناشی از نشت خون از اطراف دریچه مصنوعی میترال باشد که فوران خون به یک یا دو ورید ریوی موجب ادم پارانشیم ریه مربوط به محل درناژ همان وریدها می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۴۷ ساله که به علت تنگی نفس در حد فونکسیون کلاس IV، سرفه و خلط با رگه‌های خونی مراجعه کرده بود. وی در ۳۱ سالگی به علت تنگی شدید دریچه میترال تحت عمل جراحی تعویض دریچه قرار گرفته بود که بدنبال اختلال عملکرد دریچه در ۴۲ سالگی برای بار دوم تحت بازبینی دریچه قرار می‌گیرد. از حدود ۲ سال پیش بطور متناوب دچار علائم تنگی نفس، سرفه و هموپتیزی خفیف شده و چند نوبت در مراکز مختلف بستری گردیده بود. در رادیوگرافی و سی‌تی‌اسکن قفسه سینه که در هر نوبت بستری انجام شده بود، انفیلتراسیون آلوئولر در قسمت تحتانی ریه راست به اضافه یک ندول ۲ سانتی‌متری درلوب تحتانی ریه راست مشهود بود که در طی مدت ۲ سال هیچ‌گونه تغییری در یافته‌های رادیولوژی مشاهده نمی‌شد. (تصویر ۱ و ۲)

در هر نوبت بستری برای بیمار اکوکاردیوگرافی از طریق مری (TEE) انجام گردیده بود که عملکرد دریچه مصنوعی نرمال و بدون نشت اطراف دریچه گزارش شده بود. با توجه به سابقه قلبی بیمار و عدم تغییرات رادیولوژیک، برای وی ادم یک طرفه ریه مطرح گردید که جهت اثبات موضوع، به مدت ۲۴ ساعت بیمار در وضعیت دمر (supine) متمایل به چپ قرار گرفت. سپس سی‌تی‌اسکن قفسه سینه انجام شد که با تغییر محل و جایجایی محل انفیلتراسیون ریوی ادم یک طرفه ریه اثبات گردید (تصویر ۳). به علت پر خون بودن و احتمال خونریزی و همچنین با توجه به عدم تغییر اندازه و مشخصات ندول، هیچ‌گونه اقدامی جهت بیوپسی ندول

انجام نشد و تصمیم گرفته شد صرفاً بیمار تحت نظر گرفته شود. به بیمار توصیه شد علاوه بر ادامه درمان با داروهای قلبی و مصرف دیورتیک، ترجیحاً در وضعیت دمر (supine) متمایل به چپ استراحت نماید. به دنبال این توصیه، علائم تنفسی به صورت مشخصی بهبود پیدا کرده و فونکسیون کلاس از IV به II کاهش یافت.

نتیجه گیری

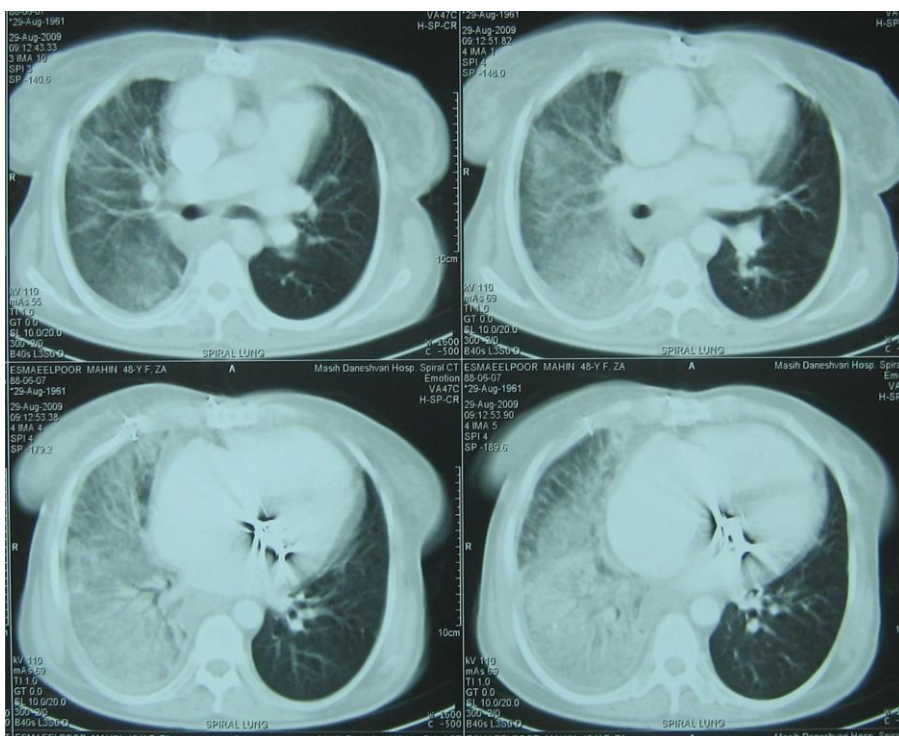
دلایل انفیلتراسیون یک طرفه ریوی می‌تواند عللی همچون پنومونی، آسپیراسیون، خونریزی، آمبولی ریه، پنومونیت ناشی از رادیاسیون، پنومونی لیپوئید، تومورهای ریوی مانند کانسر برونکوژنیک، لنفوما و در موارد نادر ادم یک طرفه ریوی باشد.

ادم ریه معمولاً بصورت دو طرفه بوده و موارد کمی از ادم یک طرفه ریوی گزارش شده است که می‌تواند یک ریه را بطور کامل دربر گرفته و یا لوبار باشد. معمولاً ادم یک طرفه ریوی بدنبال نارسائی حاد دریچه میترال ایجاد می‌گردد [۲]. مواردی از جمله شانت‌های سیستمیک-ریوی، آسپیراسیون یک طرفه، انسداد برونش یک طرفه، صدمه و له شدگی یکی از ریه‌ها بدنبال تروما، خوابیدن در وضعیت یک طرفه بمدت طولانی، توراکوستنژ سریع، آمبولی ریه حجیم، لوبکتومی و یا پنومونکتومی و ... از علل ادم یک طرفه ریوی ذکر شده‌اند [۶]. همچنین مواردی از ادم ریوی نوروژنیک بدنبال حاد مولتیپل اسکلروزیس و یا خونریزی مغزی به صورت انفیلتراسیون یک طرفه ریوی گزارش شده است [۷،۸].

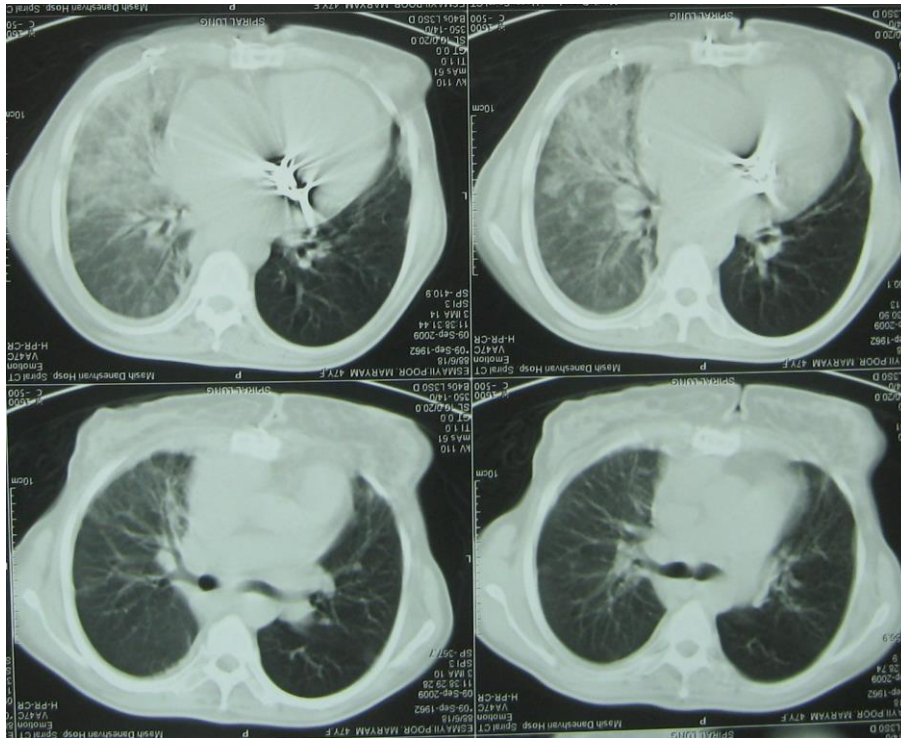
با توجه به سابقه بیمار و سیر بیماری و عدم تغییرات رادیولوژیک در طی ۲ سال گذشته، عواملی همچون آمبولی ریه، مسائل عفونی، تومورها، خونریزی و پنومونیت ناشی از رادیاسیون مطرح نمی‌شد و در مقابل با تغییر پوزیسیون بیمار اثبات گردید که علت انفیلتراسیون یک طرفه ریه بیمار ادم یک طرفه می‌باشد. در همه موارد گزارش شده ادم یک طرفه ریه همراه با دریچه مصنوعی میترال، اختلال عمل دریچه و نشت خون از اطراف دریچه و فوران آن به سمت یک یا دو تا از وریدهای ریوی بوده است که در مورد این بیمار هیچ‌گونه اختلال عمل دریچه یافت نشد و در ونوگرافی وریدهای ریوی نیز شواهدی از انسداد وریدی و اشکال آناومیک مشاهده نگردید. با توجه به آن که محل انفیلتراسیون، پس از



تصویر ۱ - گرافی سینه بیمار



تصویر ۲ - سی‌تی‌اسکن ریه بیمار در حالت معمول



تصویر ۳ - سی تی اسکن ریه بیمار پس از قرارگیری در وضعیت دمر

- 4) Bakiler AR, Arun-Ozer E. An unusual case of acute rheumatic fever presenting with unilateral pulmonary edema. *Turkish Journal of Pediatrics*. 2008;50(6):589-591.
- 5) El-Menyar A, Al-Hroob A, Numan MT, Gendi SM, Fawzy IM. Unilateral pulmonary edema: unusual presentation of acute rheumatic fever. *Pediatric Cardiology*. 2005;26(5):700-702.
- 6) Lezama García De Cortázar J, Lores Domínguez M, Jiménez Caudevilla C, Berruete Cilveti M, Martí Cabané J. Unilateral pulmonary edema. *Emergencias* 2009;21:309-311.
- 7) Makaryus JN, Kappahn S, Makaryus AN. Unilateral neurogenic pulmonary oedema and severe left ventricular dysfunction secondary to acute multiple sclerosis exacerbation. *Heart Lung and Circulation*. 2009;18(2):155-158.
- 8) Durga P, Jonnavithula N, Panigrahi MK, Mantha S. Unilateral neurogenic pulmonary oedema: An unusual cause for post-operative respiratory dysfunction following clipping of ruptured intracranial aneurysm. *Indian Journal Anaesthesia*. 2012 Jan;56(1):58-61.

تغییر وضعیت خوابیدن بیمار، جابجا گردید، بیشترین احتمال بر اختلال عملکردی در درناژ ورید ریوی تحتانی راست استوار بود که منجر به افزایش فشار هیدروستاتیک خون در همان منطقه و در نتیجه ادم ریوی لوکال می‌گشت.

منابع:

- 1) Cebeci BS, Kardesoglu E, Kilicaslan F, et al. Unilateral pulmonary edema secondary to idiopathic rupture of mitral chordae tendinae. *Southern Medical Journal*. 2006;99(5):549-550.
- 2) Denis J, Hoffer E. Unilateral pulmonary edema caused by paravalvular leakage recognized by bedside transesophageal echocardiography. *Acta Anaesthesiologica Belgica*. 2006;57(2):153-155.
- 3) Peña C, Jaquet M, Salgado J, Pubul V, Ruibal A, Vázquez B. Asymmetric pulmonary perfusion causing unilateral pulmonary edema as a complication of acute myocardial infarction. *Revista Española de Cardiología*. 2005;58(7):875-877. (In Spanish)