

Primer Fetal Plevral Efüzyon:

Olgu Sunumu ve Literatürün İrdelenmesi

Koray ELTER (*), Banu KUMBAK (*), Semih KALELİ (**), Tamer EREL (**)

Primer Fetal Plevral Efüzyon: Olgu Sunumu ve Literatürün İrdelenmesi

Primer fetal plevral efüzyon (konjenital şilotoraks) nadir rastlanan, klinik seyri değişken, perinatal mortalitesi % 45'lere kadar çıkabilen bir patolojidir. Biz izole plevral efüzyon klinik tablosu ile karşılaştığımız bir konjenital şilotoraks olgusunu sunmak ve güncel tedavi yaklaşımını vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler: Primer Fetal Plevral Efüzyon, Şilotoraks, Hidrotoraks

Primary Fetal Pleural Effusion: Case Report and a Literature Review

Primary fetal pleural effusion is a rare pathology which has a highly variable clinical course and a high perinatal mortality. We reported a case of isolated pleural effusion which was later diagnosed as congenital chylothorax and also reviewed the current antenatal clinical strategy.

Key words: Primary Fetal Pleural Effusion, chylothorax, hydrothorax

GİRİŞ

Fetal plevral efüzyon (FPE) tek başına olabileceği gibi diğer hidrops bulguları (asit, perikardial efüzyon, polihidramnios, plasentada kalınlaşma, cilt ödem) ile beraber de olabilir. İzole plevral efüzyona nadir rastlanır ve 10.000 - 15.000 gebelikte bir görülür (1,2). Genellikle şilözdür ve bu tipine "konjenital şilotoraks" veya "primer fetal plevral efüzyon" denir (3). Konjenital şilotoraksın duktus torasikusun embryonel dönemdeki involüsyonunu tam gerçekleştirememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (3). Az bir kısmı ise şilöz değildir ve trizomi 21, Turner sendromu, Noonan sendromu, kistik adenomatoid malformasyon, bronkopulmoner sekestrasyon, diafragmatik herni ve pulmoner ven atrezisi olan fetuslarda bildirilmiştir (3).

Plevral efüzyonun diğer hidrops bulguları ile beraber olduğu, hidrops fetalis olgularında sebep non-immün veya immün olabilir. İmmün hidrops, fetal eritrositlere annenin immün reaksiyonudur. Non-immün hidrops ise % 40 olguda idiopatik olabileceği gibi kromozomal bozukluklar, konjenital kalp has-

talığı, intrauterin enfeksiyonlar, lenfanjektazi, anemi gibi patolojiler sonucu da oluşabilir (3). İlerlemiş bir izole plevral efüzyonun vena kavaya ve kalbe bası yaparak kalp yetersizliğine ve non-immün hidropsa yolaçabileceği veya izole pulmoner efüzyonun gelişmekte olan bir hidropsun ilk bulgusu olabileceği unutulmamalıdır (2,3).

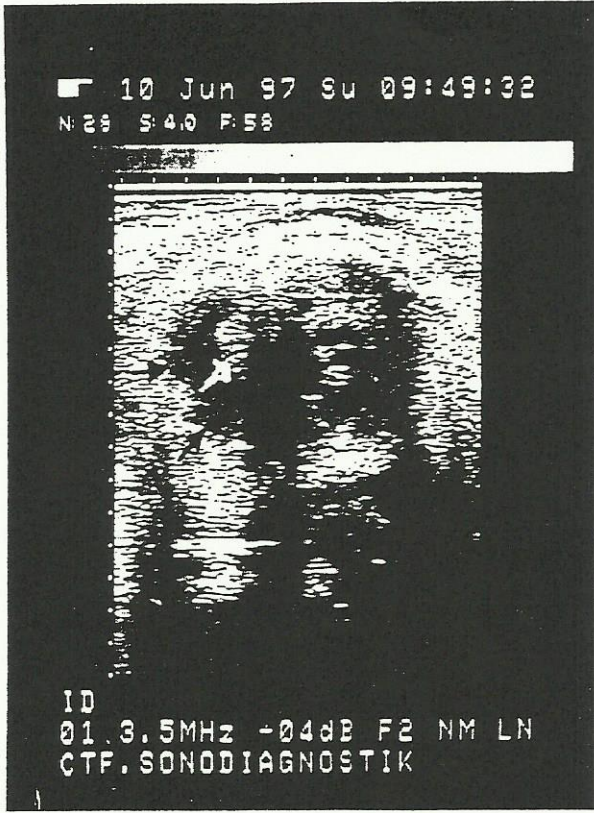
Primer FPE olgularının seyri değişkendir ve spontan regrese olabilecekleri de bildirilmiştir (1,3,4). Az rastlandığı ve seyri farklı olabileceği için bu olgulardaki tedavi yaklaşımı netleştirilememiştir. Biz rastladığımız bir olguyu sunmak ve tedavi yaklaşımları ile ilgili mevcut literatür bilgisini tartışmak istedik.

OLGU SUNUMU

Teyzesinin oğlu ile bir yıllık evli olan 18 yaşındaki bayan S.A. sularının gelmesi şikayeti ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı acil polikliniğine başvurdu (Protokol no: 1104/1653). Son adet tarihini bilmeyen gebenin bu ilk gebeliğinde rutin takip için doktora başvurmadığı öğrenildi. Anamnezinde başka özellik saptanmayan hastanın muayenesinde TA 120/80 mmHg, nabız 96/dk, ateş 36.5°C, simfizis fundus uzunluğu 33 cm, kollum 2 cm açıklığında, % 50 efase, ortada, yumuşak idi. Sularının aktif olarak geldiği ve prezentasyonun makat olduğu saptandı. Ultrasonografisinde ölçüleri 36 GH ile uyumlu, tahmini doğum ağırlığı 2550 gr olan tekiz canlı fetus saptandı. Sağ hidrotoraks dışında bir organ patolojisi saptanmadı (Resim 1). Amniotik sıvı azalmış, plasenta sağ yan duvarda lokalize idi. Vaginal doğum takibine alınan

(*). İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uz. Öğr. Dr.

(**). İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doç. Dr.



Resim 1. Toraksın transvers kesitinde sağda tek taraflı plevral efüzyon (siyah oklar) ve komprese olmuş sağ akciğer (beyaz ok) görülmekte.

gebe aynı gün 2450 gr ağırlığında, 47.5 cm boyunda birinci dakika apgarı bir olan kız bebek doğurdu.

Resustasyon ile beşinci dakika apgarı 6 olan yenidoğan, yoğun bakıma alındı ve ventilatöre bağlandı. Tetkiklerinde anne kan grubu AB Rh+, bebek kan grubu B Rh - idi. Hemogram, idrar tahlili, CRP, kan şekeri, üre, kreatinin, SGOT, SGPT elektrolitleri, total protein, albumin, trigliserid, kolesterol, TORCH IgM ve IgG normaldi. Karyotipi 46 XX idi. dekompresyon ve tanı amacıyla sağdan torasentez yapıldı. Torasentez sıvısında pH 8, densite 1025, glukoz 139 mg/dL, protein 3.6 gm/dL idi. Formülünde 10.000 lökosit/mL, % 96 lenfosit, % 4 granulosit saptandı. Kültürde üreme olmadı. Girişimin komplikasyonu olarak bebekte pnömotoraks gelişti ve sualtı drenajı uygulanması sonucu postpartum 2. günde çekilen grafide akciğer havalanmasının arttığı gözlemlendi. Aynı gün ekstube edilen ve oral beslenmeye geçilen bebek 5. gün kontrollere gelmek üzere taburcu edildi. İlk 3 ay için her ay, sonraki 9 ayda her 3 ayda bir çocuk cerrahisi tarafından kontrolleri yapılan bebekte nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA

İzole plevral efüzyonun en sık sebebi konjenital şilotorakstır. Tanıda torasentez sıvısının incelenmesi tanı koydurucudur. Yüzde 80'den fazla lenfosit bulunması şilotoraks için pathognomoniktir ve tek ba-

şına tanı koydurucudur (1). Sıvının diğer özellikleri alkali ve kokusuz olması, protein, glukoz, üre ve elektrolit konsantrasyonlarının plazmadakilere benzer olması ve trigliseridden zengin olmasıdır (5). Şilotoraktaki torasentez mayi, lenfosit oranı dışındaki bu karakteristik özelliklerini, beslenme sonrası kazanır ve beslenme öncesi veya antenatal yapılan torasentezlerde, beslenme öncesi ve sonrası değişmediğinden tek tanı koydurucu kriter lenfosit oranıdır (2). Bu oranın % 80'den fazla olduğu durumlarda karyotip ve TORCH gibi diğer etyolojik araştırmalara gerek yoktur. Bizim olgumuzun torasentez sıvı tetkiklerinde pH 8, densite 1025, glukoz 139 mg/dL, protein 3.6 mg/dL idi ve pathognomonik olarak formülünde % 96 lenfosit saptandı.

Primer FPE'nun perinatal mortalitesi tedaviye bağlı olarak % 30 ile 45 arasında değişmektedir (2,6). Bu yüksek perinatal mortalite 3 sebebe bağlıdır; non-immün hidrops fetalis, prematürite ve pulmoner hipoplazi. Perinatal mortalitenin bu kadar yüksek olmasının yanında spontan regresyon gözlenen olguların da olması tedavi yaklaşımının seçilmesini zorlaştırmaktadır. Literatürde günümüze kadar bildirilmiş, gebeliği medikal olarak sonlandırılanları çıkartığımızda 198 primer FPE olgusu mevcuttur (6). Bunların % 45'ine (n=89) herhangi bir müdahale yapılmamış, % 40'ına (n=80) plevraamniotik veya plevrakutanöz şant takılmış, % 15'ine (n=29) en az bir defa torasentez yapılmıştır (6). Her gruptaki perinatal mortalite oranları Tablo I'de görülmektedir.

Olguların çoğunda (% 75) tanı 3. trimesterde konmuştur (6). Her iki fetal sekstede benzer oranda olduğu ve % 74 olguda çift taraflı olduğu gözlenmiştir. Tek taraflı olduğu olgularda sağ (% 11) ve solda (% 14) benzer oranlarda rastlanmıştır (6). Bizim olgumuzda en nadir şekli olan sağ hidrotoraks mevcuttu. Yüzde 72 olguda polihidramnios, yarısından çoğunda (% 57) ise hidrops fetalisin eşlik ettiği gözlenmiştir (6). Olguların % 22'sinin spontan regrese olduğu ve bunların genellikle 2. trimesterde rastlanan, tek taraflı, hidrops veya polihidramniosun eşlik etmediği olgular oldukları gözlenmiştir (6). Farkına varılmadan regrese olan olgular da düşünüldüğünde bu oranın daha yüksek olacağı unutulmamalıdır.

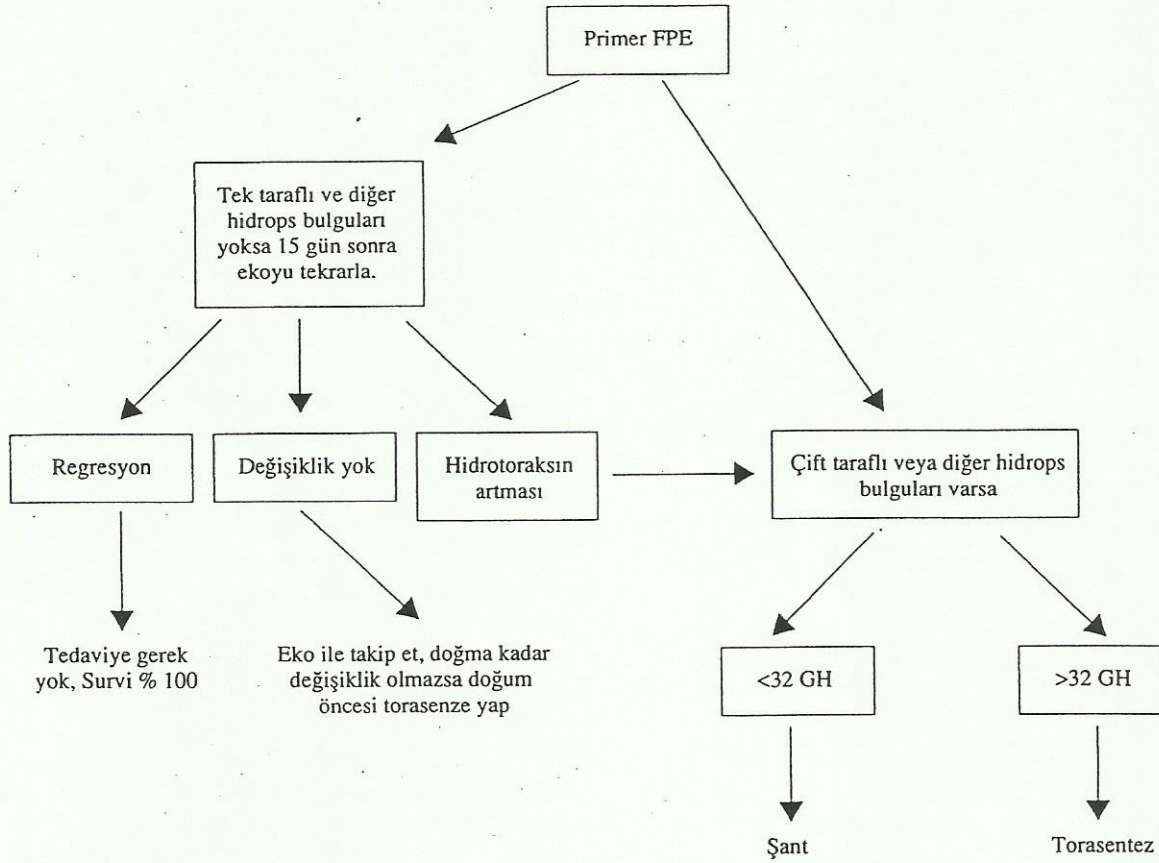
Tedavi edilmeyen grupta prognostik faktörler incelendiğinde 4 kriterin sonucu olumsuz etkilediği gö-

Tablo I. Literatürde bildirilen tüm olguların uygulanan tedaviye göre perinatal mortaliteleri.

	Perinatal mortalite
Tedavi uygulanmayan grup (n=89)	% 39
Torasentez yapılan grup (n=29)	% 45
Şant takılan grup (n=80)	% 26
Tüm grupta (n=198)	% 35

Tablo II. Literatürdeki tedavi edilmemiş olgulardaki prognostik faktörler.

	Perinatal ölüm	Neonatal yaşam	p
Hidrops+ (%)	76	24	
Hidrops- (%)	25	75	<0.001
Spontan regresyon+ (%)	0	100	
Spontan regresyon- (%)	51	49	<0.001
Tek taraflı (%)	23	77	
Çift taraflı (%)	47	53	<0.05
Doğum haftası (ortalama±SD)	32±4	35±2.5	<0.001



Şekil 1. Primer fetal plevral efüzyon tanısı konduktan sonra takip edilmesi önerilen klinik algoritim.

zükmetedir (Tablo II); hidrotoraksın çift taraflı olması, spontan regresyonun bulunmaması, hidropsun eşlik etmesi ve preterm doğum (6). Polihidramnios varlığının ise sonucu olumsuz etkilemediği gözlenmiştir (6). Ancak, sayının az olması bu sonucun güvenilirliğini etkilemektedir.

Fetal plevral efüzyonla karşılaşıldığında ilk yapılması gerekenler konjenital enfeksiyonların serolojik testlerle taranması, detaylı ultrasonografi, fetal ekokardiyografi, tanısal amniosentez (fetal karyotip tayini ve amnios kültürü için) ve gerekirse tanısal tora-

sentezdir (7). Bu başlangıç tetkikleri ile hidrotoraksın primer veya sekonder olduğu anlaşılabilir. Primer FPE tanısı konduktan sonra takip ve tedavinin Şekil 1'deki algoritme göre yapılması önerilmektedir (6). Hidrotoraksın ilerlemesi durumunda sağaltımın gebelik haftasına göre değişmesinin se3 Ü™ Tablo III'e bakıldığında anlaşılacaktır (6). Bu sonuçlar karşılaştırmalı ve standardize çalışmalar yerine olgu sunumlarının meta-analizinden elde edildiği için çok güvenilir değildir, ancak bir fikir vermektedir.

Kendi olgumuzu bütün bu bilgiler ışığında değerlen-

Tablo III. Tedavi metodlarının farklı gebelik haftalarındaki neonatal survi sonuçları.

	<34 GH (%)	>34 GH (%)
Şant	64	75
Torasentez	37	78
Tedavi uygulanmazsa	33	20

dirdiğimizde, gerekli tetkikleri yapacak zamanımız olmamasına rağmen başka anomalinin gözlenmemesi, hidrotoraksın tek taraflı olması ve diğer hidrops bulgularının bulunmaması olumlu işaretlerdir ve olgunun primer FPE olduğunu düşündürmektedir. Böyle bir olguda literatürde önerilen, neonatal resus-tasyonu kolaylaştırmak için antepartum torasentez yapmaktır. Ayrıca, prognozun iyi olduğu düşünülürse böyle bir nullipar makat olgusunun relatif endikasyon olsa da sezaryen ile doğurtulması düşünülebilir. Böylece, zaten solunum rezervi hidrotorakstan dolayı azalmış olan fetusun daha fazla bir hipoksiye maruz kalma ihtimali azalacaktır. Drenaj ile akciğer havalanmasının artması pulmoner hipoplazinin olmadığını ve hidrotoraksın 3. trimesterde geliştiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, primer FPE (konjenital şilotoraks), klinik seyri spontan regresyondan perinatal ölüme kadar değişebilen, tedavi yaklaşımlarının sadece takipten birden çok invazif girişime kadar değişebildiği az rastlanan bir patolojidir. Yukarıdaki bilgilerin eşliğinde tedavi yaklaşımının olguya göre seçilmesi bu hastalıktaki perinatal mortaliteyi düşürecektir.

KAYNAKLAR

1. Longaker MT, Laberge JM, Dansereau J, Langer JC, Rombleholme TM: Primary Fetal Hydrothorax: Natural History and Management. *J Pediatr Surg* 24:573, 1989.
2. Hagay Z, Reece A, Roberts A, Hobbins JC: Isolated fetal pleural effusion: A perinatal management dilemma. *Obstet Gynecol* 81:147, 1993.
3. May DA, Barth RA, Yeager S, Nussbaum-Black A, Bulas DI: Perinatal and postnatal chest sonography. *Radiol Clin North Am* 31:499, 1993.
4. Sherer DM, Abramowicz JS, Eggers PC, Woods JR, Jr: Transient severe unilateral and subsequent bilateral primary fetal hydrothorax with spontaneous resolution at 34 weeks' gestation associated with normal neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 166:169, 1992.
5. Özkan H, Ay N, Ozaksoy D, Ercal D, Erata Y, Durak H, Eyyapan O, Toprak S: Congenital chylothorax. *Turk J Pediatr* 38:113, 1996.
6. Aubard Y, Derouineau I, Aubard V, Chalifour V, Preux PM: Primary Fetal Hydrothorax: A Literature Review and Proposed Antenatal Clinical Strategy. *Fetal Diagn Ther* 13:325, 1998.
7. Ahmad FK, Sherman SJ, Hagglund KH, Johnson MP, Krivchenia E: Isolated unilateral fetal pleural effusion: the role of sonographic surveillance and in utero therapy. *Fetal Diagn Ther* 11:383, 1996.