



Figure 4. Excised myxoma

marginal branch of circumflex artery) were performed. Tricuspid valve was examined with saline test and severe insufficiency was seen, therefore, De-Vega annuloplasty was performed. The operation was completed without any complications and the patient was discharged on the 5th postoperative day. Pathological diagnosis was myxoma.

Mustafa Emmiler, Mehmet Melek*, Cevdet Uğur Koçoğulları, Ercument Ayva, Ahmet Çekirdekçi
From Departments of Cardiovascular Surgery and *Cardiology
Faculty of Medicine, Afyon Kocatepe University,
Afyonkarahisar, Turkey

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Emmiler
Department of Cardiovascular Surgery, Cardiology Faculty of Medicine, Afyon
Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey
Phone: +90 272 229 44 64 Fax: +90 272 213 30 66 E-mail: dremmiler@yahoo.com

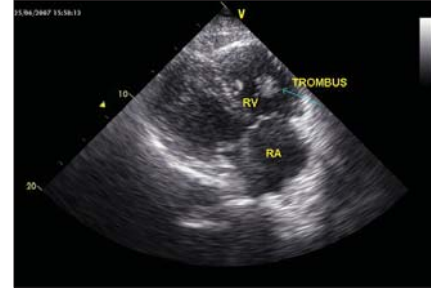
Ekokardiyografi ile sağ ventrikülde mobil trombus tespit edilen akut pulmoner tromboemboli olgusu

A case of acute pulmonary thromboembolism with a mobile thrombus in right ventricle detected with echocardiography

Klinik olarak pulmoner tromboemboliden (PTE) şüphelenilen olguların tümünde akciğer perfüzyon sintigrafisi ve/veya pulmoner anjiyografisinin zamanında uygulanması mümkün olamamaktadır. Transtorasik ekokardiyografi (TTE), kalp boşluklarında trombus tanısında oldukça önemli bir tanı yöntemidir. Acil serviste yatak başında uygulanabilen TTE yöntemi, PTE'li hastalarda erken tanı olanağı sağlayabilmektedir. Bu raporda, akut PTE kliniği gelişen bir olguda TTE ile sağ ventrikül trombusünün gösterilmesi ve PTE tanısının doğrulanması anlatılmaktadır.

Asit etyolojisi araştırılmak üzere yatırılan morbid obez ve immobil olan 75 yaşında bayan hastada yatışının 3. gününde ani nefes darlığı, sırt ağrısı ve senkop gelişti. Hastanın genel durumu kötü, bilinç bulanık, dispneik ve takipneik idi. Kan basıncı 140/100 mmHg, nabız 100/dakika ritmik, vücut ısısı 37,4 °C, arter kan gazı hipoksik (PO₂: 56,6), hipokapneik (PCO₂: 33) olup D-dimer 3414 mg/L olarak saptandı. Akut PTE ön tanısıyla yapılan TTE'de sağ ventrikül içinde lobüle mobil trombus ve orta derecede pulmoner hipertansiyon (60 mmHg) tespit edildi. (Resim 1, Video 1. Video/hareketli görüntüler www.anakarder.com'da izlenebilir). Hastaya trombolitik ve antikoagülan tedavi başlandı. Genel durum bozukluğu nedeniyle trombektomi için ameliyata alınamadı. Takibinde solunum sıkıntısı artan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Ancak akut olayın gelişimini izleyen 24 saat içinde exitus oldu.

Sağ kalp kökenli trombuslerin görülme olasılığı sol kalbe göre çok daha nadirdir ve sıklıkla mikroemboli veya masif PTE'ye yol açabildiklerinden kötü prognozudur. Bu olgularda erken tanı ve acil tedavi çok önemlidir. Bu nedenle, akut PTE şüphesi olan hastalarda, erken dönemde ekokardiyografi yapılarak PTE tanısının doğrulanması, akciğer perfüzyon sintigrafisi ve/veya pulmoner anjiyografi yapılmadan fibrinolitik tedaviye başlanması için zaman kazandırabilir.



Resim 1. Ekokardiyografide sağ ventrikül kavitesi içinde trombusun görünümü

Merve Yılmaz, Esin Beyan, Özgül Uçar*, Barış Koşan, Ayşe Arduç, Ekrem Abaylı**
Ankara Numune Hastanesi, 3. Dahiliye Kliniği, 1. Kardiyoloji Kliniği*, 2. Dahiliye Kliniği**, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Merve Yılmaz,
Ankara Numune Hastanesi, 3. Dahiliye Kliniği, Ankara, Türkiye
Gsm: +90 533 364 65 75 Fax: +90 312 508 6876 E-posta: drmerveyilmaz@gmail.com

Interventricular septal perforation as a rare complication of temporary transvenous pacemaker

Geçici transvenöz pacemaker'in nadir bir komplikasyonu: İnterventriküler septal perforasyonu

Interventricular septum perforation is a rare complication of pacemaker implantation, but it may cause death and may be misdiagnosed.

A 70-year-old woman was admitted to the emergency room of another hospital with complete atrioventricular (AV) block with a ventricular rate of 30 beats/min on electrocardiography (ECG). Ventricular tachycardia occurred during temporary pacemaker implantation via right subclavian vein. The patient referred to our hospital after D/C cardioversion. The ECG on admission showed right bundle branch block (RBBB) pacemaker rhythm with a rate of 68 beats/min. The pacemaker lead was not in normal position on chest X-ray.

The RBBB pattern is a useful marker of the left ventricular stimulation. The left ventricular stimulation after temporary or permanent pacemaker implantation is associated with connections formed by the coronary sinus and its branches, intracardiac defects (sinus venosus type defect, patent foramen ovale, atrial septal defect), perforation of interventricular septum and malposition due to inadvertent subclavian artery puncture. The lead position was assessed with transthoracic echocardiography.

The transthoracic echocardiography showed left ventricular hypertrophy (interventricular septum thickness of 16 mm), relaxation disturbance, pacemaker lead passing from the right atrium to the right ventricle and to the left ventricle at the interventricular plane (Fig. 1, 2). The tip of the lead was detected in the left ventricle and this was confirmed with transesophageal echocardiography (Fig. 3).