

# Dextrocardia? Asztma? Egyik sem?

Gács Éva

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest

## BEVEZETÉS

Ismertetett betegünknel infekció során észlelt nehézlégzés miatt készült az első mellkas felvétel, majd a látott eltérés – a jobbra helyezett középpárnyék – miatt az infekció gyógyulása után többször ismételték a vizsgálatot. Végül dextrocardia iránydiagnózissal utalták kórházunkba további kivizsgálásra.

## ESETISMERTETÉS

A csecsemő zavartalan várandósság után sectio caesarea útján 3700 gramm súllyal, APGAR 9/10 értékkel született. Adaptációja zavartalan volt.

5 hónapos korban volt először légúti betegsége: légúti infekció során nehezített légzést észleltek. Ekkor Zinnat, Fenistil, Ventolin

terápiát kapott. Állapota nem javult, ezért beutalták a területi gyermekosztályra. Tüdőgyulladás gyanúja miatt mellkasi röntgenfelvétel készült (1. kép), amely jobb oldali pneumonia és dextrocardia lehetőségét vetette fel, hörgőtágítókat, iv. és inhalatív szteroidot, antibiotikumot kapott. Panaszmentessé vált, azonban a kontrollok során a radiológiai kép nem változott. Hazaadása után röviddel újra lázas lett, hurutos tünetek, hangos, hörgő légzés kezdődött. Otthoni kezelésre (inhalatív hörgőtágító, Flixotide, Sumamed) nem javult, ezért ismét a területi gyermekosztályon jelentkeztek, ahol a továbbra is változatlan radiológiai kép alapján a dextropositio háttérében vitium vagy légúti idegentest gyanúját vetették fel.



1. kép: Bal oldali fokozottan légtartó tüdő. A mediastinum jobbra helyezett.



2. kép: Mellkas CT

Kórházunk kardiológiai szakrendelésén történt vizsgálat vitiumot, dextrocardiát nem igazolt, viszont légúti idegentest gyanúja merült fel. Emiatt fül-orr-gégészeti osztályunkon bronchosopia történt. A bal oldalon felfújtt tüdő és középvonali áttolás hátterében sem exogén, sem endogén idegentest nem ábrázolódott, a bal főhörgő szűkebb, fala összeeső, de passzálható volt. Az ébresztést követően fennmaradó oxigénigény miatt az intenzív osztályunkon néhány órán át maszkos, majd orrkanülös oxigént kapott. Tekintettel a korábban készült több mellkas felvételen látható kifejezetten jobbra diszlokált középvonali képletekre, mellkas CT vizsgálat történt (2. kép).



3. kép: Situs inversus totalis

Ennek alapján a mellkasi röntgenképet a bal tüdőfél jelentős fokú obstructiv hyperinflatioja magyarázza, hátterében a bal főhörgő disztális szakaszának kollapszusa áll. Idegentest vagy extrinsic kompressziót magyarázó tényező nem azonosítható. A hyperinflatióval együtt a tüdő hypovascularisalt, ami nem akut jellegű állapotra utal. A szív dislocatioja másodlagos, a kardiovaszkuláris rendszert primeren érintő anomália a kép alapján nem valószínű (dr. Balázs György).

A csecsemő osztályunkon történt további megfigyelése során a bal tüdőfél hyperinflatiójának megfelelő fizikális leletet észleltünk, mérsékelt – terhelésre fokozódó – kilégzési stridorral. Bronchospasmus nem volt, az altatásokat követő stridorfokozódás miatt 5 napig szisztémás szteroid terápiát folytattunk.

Az anamnézis, a másfél hónapja lényegében változatlan mellkasi röntgenkép veleszületett elváltozásra utalt (congenitalis lobaris emphysema?), a klinikai képet a hörgőszűkület infekciók során jelentkező tünetei színesítették. Mellkasebészeti és bronchológiai konzultáció az I. sz. Gyermekklinikán történt (dr. Kovács Lajos, dr. Kálmán Attila).

A megismételt bronchosopia során ép gége, szabályos lefutású és oszlású trachea, valamint normális tágasságú és oszlású jobb főhörgő látszott. Bal oldalon mind a felső, mind az alsó lebenyhörgő résszerűen beszűkült. 2,8 mm-es bronchoscoppal az alsó lebeny felé a hörgő intubálható volt, a felső lebeny felé azonban a szűkület nem volt intubálható. Tekintettel a gyermek jó általános állapotára, az invazív beavatkozástól eltekintettünk.

Fél évvel a kórházunkban történt első megjelenést követően a gyermek panaszmentes, mind szomatikus, mind mozgásfejlődése jó, aktív, stridoros légzés terhelés során sem észlelhető. Radiológiai képe egyelőre minimális javulást mutat, reményeink szerint a gyermek növekedésével ebben is javulás várható. A következő őszi-téli időszak mindenképpen kihívást jelent majd, kérdéses, hogy infekciók során milyen intenzitással lép fel stridoros légzés.

1. táblázat: A féloldali fokozottan légtartó tüdő okai

A mellkasfal rendellenességei	Poland szindróma
	bronchialis atrézia congenitalis lobaris hyperinfláció congenitalis pulmonalis malformáció (CPAM)
A tüdőparenchyma elváltozásai	Swyer-James szindróma atelectasia, tüdőkollapszus pneumothorax pulmonectomia utáni állapot
Pulmonális vaszkuláris anomáliák	pulmonalis agenézia vagy az artéria pulmonalis proximális szakaszának hiánya aberráns eredésű artéria pulmonalis Scimitar szindróma
A centrális légutak eltérései	idegentest-aspiráció endobronchialis tumor
A mediastinum eltérései	nyelőcső-rendellenesség, tumor lymphadenopathia

## MEGBESZÉLÉS

A dextrocardia a szív veleszületett forgási rendellenessége, a radiológiai kép jellemzője, hogy a szívcsúcs jobbra néz. Izolált dextrocardia esetén társulhatnak súlyos vitiumok, többnyire pulmonalis hypoplasia. A dextrocardia lehet situs inversus részjelensége. Ilyenkor a beteg sokszor tünetmentes, kis számban tüdő-szívbél és nyelőcső rendellenességek fordulnak elő<sup>1</sup>. A betegünkről készített felvételen azonban a középpárnyék jobbra helyeződését a féloldali, fokozottan légtartó tüdő okozza. Összehasonlítással a 3. képen situs inversus miatt ellenőrzött betegünk mellkas felvétele látható.

A tüdő féloldali fokozott légtartalmának okait az 1. táblázat foglalja össze<sup>2</sup>. Kiemelt figyelmet érdemel az idegentest-aspiráció: a többnyire szelepesen záró idegentest mögött a légtartalom fokozott lesz. Étkezés, apró tárgygal való játék közben fellépő heves köhögési roham és/vagy sípoló, nehezített légzés esetén bronchosopia végzése elengedhetetlen: ilyenkor a diagnosztikus beavatkozás egyben terápiás is. Típusos esetben mellkasi röntgenfelvétel készítésére nem kell időt pazarolni, de nem lehet eleget hangsúlyozni, hogy ha „klasszikus” tünetek nélkül jelentkező beteg mellkasfelvételén a légtartalom körülírt fokozódását látjuk, a beavatkozás elvégzendő!

A többi felsorolt esetben a teendőket a beteg állapota és a várható szövődmények mérlegelése szabja meg. Nem ritka, hogy más okból készített felvétel során derül fény a fokozott légtartalmú területre. Esetünkben a műtéti megoldás (stent behelyezés) nagy kockázatú beavatkozás<sup>3</sup>, szerencsére a csecsemő jó állapota lehetővé tette ennek halasztását.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Esetünk – a radiológiai elkülönítő diagnosztika mellett – arra is felhívja a figyelmet, hogy csecsemőkorban az asztma diagnózisának felállítása különös körültekintést igényel. Ebben az életkorban a ziháló légzéssel járó állapotok hátterében az esetek túlnyomó többségében más ok áll, ezért tartós asztma terápia elkezdése csak szoros ellenőrzés és az eredmény kritikus értékelése mellett fogadható el.

## IRODALOM

1. Baba Y, Sorrentino S, et al. Dextrocardia. <https://radiopaedia.org>
2. Wasilewska E, Lee EY, Eisenberg RL. Unilateral hyperlucent lung in children. *Am J Roentgenol* 2012; 198(5): W400-W414.
3. Sethi S, Gildea TR, Almeida FA, et al. Clinical success stenting distal bronchi for „lobar salvage” in bronchial stenosis.