



Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Ekokardiyografik Sağ Ventrikül Deformasyon Parametrelerinin Değerlendirilmesi

Yavuz Karabağ¹, Bahattin Balcı¹, Yüksel Kaya²

¹ Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye

ÖZET

Giriş: Çalışmamızda klinik sağ ventrikül (SV) yetersizlik bulguları olmayan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'na sahip hastaları sağlıklı bireylerle karşılaştırarak istirahatte SV geometrisi ve fonksiyonlarını iki boyutlu speckle-tracking kullanarak değerlendirmeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: Çalışma popülasyonunu, Kafkas Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 2014 yılında ayaktan takip edilen daha öncesinde KOAH tanısı olup klinik SV yetmezliği bulgusu olmayan 28 hasta ve benzer demografik özellikler taşıyan 24 sağlıklı birey oluşturmuştur.

Bulgular: Konvansiyonel ekokardiyografik özelliklerinden ortalama pulmoner arter basıncı, SV serbest duvar kalınlığı ve SV serbest duvar strain parametreleri haricindeki parametreler gruplar arasında benzerdi. KOAH grubunda SV serbest duvar strain parametrelerinden; SV serbest duvar bazal, mid ve apikal strain değerleri kontrol grubuna kıyasla daha düşük saptandı (her karşılaştırma için $p < 0.05$ idi). Ortalama pulmoner arter basıncı ve sırası ile SV serbest duvar bazal, mid ve apikal strain değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon izlendi.

Sonuç: Çalışmamızın sonucuna göre KOAH hastalarında olan SV disfonksiyonunu SV strain parametrelerinin konvansiyonel ekokardiyografik yöntemlerden daha erken tespit ettiğini saptadık.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; sağ ventrikül disfonksiyonu; ekokardiyografi; strain; strain rate

Evaluation of Echocardiographic Right Ventricular Deformation Parameters in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to evaluate patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who did not have clinical signs of right ventricular (RV) failure using two-dimensional speckle-tracking of RV geometry and functions at rest in comparison to healthy subjects.

Patients and Methods: The study population comprised 28 patients with COPD and 24 healthy subjects with similar demographic characteristics who were followed up at the Department of Chest Diseases of Kafkas University in 2014.

Results: Conventional echocardiographic parameters, except for mean pulmonary artery pressure, RV free wall thickness, and RV free wall strain parameters, were similar between the groups. RV free wall strain parameters in the COPD group, including RV free wall basal, mid, and apical strain values, were significantly lower than those in the control group ($p < 0.05$ for each comparison). A statistically significant negative correlation was observed between the mean pulmonary artery pressure and the RV free wall basal, mid, and apical strain values.

Conclusion: We concluded that RV strain parameters may be superior to conventional echocardiographic methods for assessing RV dysfunction prior to clinically evident RV failure.

Key Words: Chronic obstructive pulmonary disease; right ventricular dysfunction; echocardiography; strain; strain rate

GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hava yolu kısıtlaması ile karakterize olup, pulmoner vasküler yatakta yapısal ve mekanik değişikliklere (yeniden şekillenme) neden olur ve sağ kalp yetmezliği gelişimi, hastaneye yatış ve mortalite riskinde artış ile ilişkilidir⁽¹⁾. Pulmoner vasküler yeniden şekillenme, KOAH'ın sadece ileri evrelerinde değil, aynı zamanda erken dönemlerinde ve hatta akciğer fonksiyonları normal olan sigara içicilerinde de görülebilir^(2,3). KOAH'lı hastalarda, sağ ventrikül (SV) disfonksiyonu egzersiz kapasitesi ve prognoz üzerine etkilidir^(4,5). Bu nedenle kalp yetmezliği klinik olarak aşikâr hale gelme-

Yazışma Adresi

Yavuz Karabağ

E-posta: yavuz_karabag@hotmail.com

Geliş Tarihi: 06.02.2018

Kabul Tarihi: 01.06.2018

©Telif Hakkı 2018 Koşuyolu Heart Journal metnine www.kosuyoluheartjournal.com web adresinden ulaşılabilir.

den, erken dönemde SV fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve SV disfonksiyonun tespiti önemlidir.

SV fonksiyonlarının değerlendirilmesi için invaziv hemodinamik ölçümler altın standart olarak kabul edilmesine rağmen, klinik uygulamalarda ekokardiyografi, SV fonksiyonlarını değerlendirmek için standart metottur. Bununla birlikte, SV anatomisinin karmaşıklığı ve KOAH hastalarının yetersiz ekokardiyografik penceresi nedeniyle, SV fonksiyonunun klasik ekokardiyografik yöntemlerle değerlendirmesi genellikle zordur. SV ejeksiyon fraksiyonunun üç boyutlu değerlendirilmesi, doku Doppler görüntüleme ve strain gibi yeni teknikler, daha erken aşamalarda bozulmuş SV fonksiyonunun tanımlanmasına olanak sağlayabilir.

Bu çalışma da, klinik SV yetersizlik bulguları olmayan KOAH'a sahip hastalar sağlıklı bireylerle karşılaştırarak istirahatte SV geometrisi ve fonksiyonlarını iki boyutlu speckle-tracking kullanarak değerlendirmeyi amaçladık.

HASTALAR ve YÖNTEM

Çalışma popülasyonunu, Kafkas Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 2014 yılında ayaktan takip edilen daha öncesinde KOAH tanısı olup klinik SV yetmezliği bulgusu olmayan, 28 (3'ü kadın, 25 erkek) KOAH hastası ve benzer demografik özellikler taşıyan 24 (3'ü kadın, 21 erkek) sağlıklı birey oluşturmuştur. Çalışmaya daha önceden bilinen sağ veya sol ventrikül yetmezliği, atriyal fibrilasyon, sağ ve sol dal bloğu, orta-ciddi kapak patolojisi, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, anemi, bilinen tiroid fonksiyon bozukluğu, romatizmal kapak hastalığı olan hastalar dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan yazılı onam alındı. Ayrıca çalışmanın etik kurul onayı Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alındı.

Spirometrik İnceleme

ZAN 300 spirometri cihazı (nSpire Health, Inc., Longmont, USA) ile, burun kapalı ve 90 derece dik oturur pozisyonda, en az üç zorlu ekspirasyon manevrası yaptırılarak en iyi değerlere sahip manevra kaydedildi. KOAH tanısı için GOLD 2010 kriterleri kullanıldı⁽⁶⁾.

Ekokardiyografik İnceleme

Hastalara sol lateral dekübitüs pozisyonu verilerek apikal 4 boşluk, 2 boşluk ve uzun eksenden ekspiratuar apne sağlandıktan sonra Vivid 7 (GE Vingmed Ultrasound, Horten, Norway) kullanılarak her kalp hızı için üçer kardiyak siklus içeren transtorasik ekokardiyografi (TTE) kayıtları yapıldı. Kayıtlar iki hekim tarafından analiz edildi. Ekokardiyografik çalışma sırasında elektrokardiyografi devamlı olarak kayıt edildi. İki boyutlu ve M-mode TTE görüntüleme kayıtları güncel ekokardiyografi kılavuzu önerilerine göre yapıldı⁽⁷⁾. M mode ölçümler sol ventrikül diyastol sonu, sistol sonu çapı, inter-ventriküler septum, posterior duvar ve sol atriyum çapı parasernal uzun eksenden ölçüldü. Apikal 4 boşluk görüntüden SV

diastolik çapı, SV diastolik alanı, SV sistolik çapı, SV sistolik alan ve sağ ventrikül apikobazal uzunluğu ölçüldü. SV çapları triküspit anulus seviyesinden ölçüldü. Mitral ve triküspit erken diastolik ve geç diastolik maksimal akım hızları apikal 4 boşluk görüntüden pulse wave Doppler kullanılarak ölçüldü. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu teicholz metodu kullanılarak hesaplandı. Pulmoner arter sistolik basıncı, triküspid yetersizliği jetinden Bernoulli eşitliği ($p = 4 \times V^2$) kullanılarak hesaplandı. Bu değerlere vena kava inferior genişliğine göre 5-10 mmHg eklenerek tahmini pulmoner arter sistolik basıncı hesaplandı. Renkli doku Doppler görüntüleri mümkün olan en yüksek frame sayısında, düzeltme açısı 30 derecenin altında tutularak, 2.5 mm sample volüm kullanılarak apikal 4 boşluk penceresinden kaydedildi. Triküspit anuler M mod üzerinden triküspit anuler plan sistolik hareket hesap edildi.

Apikal 4 boşluk görüntüler frame rate 40-70 frame/s olacak şekilde kayıt edildi. Echopack ile daha önce elde edilen cine-loop görüntüler SV strain paternini işleyecek software olmadığından sol ventrikül strain paterni için yapılan software ile işlendi. Endokardiyal sınır spekle tracking yöntemi ile çizilip ilgilenilen miyokardiyal duvarı içine alacak şekilde ayarlandı. Software otomatik olarak kardiyak siklus üzerinden duvar hareketlerini taradı. Yeterli kalitede olan görüntülerden septal ve SV serbest duvar bazal, mid ve apikal segment sistolik longitudinal strain ölçümleri yapıldı.

İstatiksel Analiz

İstatiksel analizler SPSS 16.0 programı kullanılarak yapıldı (SPSS Inc., Chicago, IL). Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov ile test edildi. Verilerin normal dağılmaması sebebiyle tüm analizler nonparametrik testlerle yapıldı. Sürekli değişkenler median ve %25-75 persantiller, kategorik değişkenler ise yüzde olarak ifade edildi. Grup ortalamalarının kıyaslanmasında sayısal değişkenler için Mann-Whitney U, kategorik değişkenler için ki kare testi kullanıldı. Ortalama pulmoner arter basıncı ile SV serbest duvar strain parametreleri arasındaki korelasyon için yaşa göre düzeltilmiş parsiyel korelasyon analizi yapıldı. Tüm karşılaştırmalarda $p < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

KOAH ve kontrol gruplarının demografik ve klinik verileri Tablo 1'de verilmiştir. KOAH hastaları daha yaşlı olup sigara içiciliği sıklığı daha fazlaydı. Beklenildiği gibi KOAH hastalarının 6 dakika yürüme mesafesi daha kısa olup spirometri ve satürasyon değerleri daha düşüktü.

Çalışmaya dahil edilen hasta ve kontrol grubunun ekokardiyografik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir. Sol ve sağ ventrikülün konvansiyonel ekokardiyografik özelliklerinden ortalama pulmoner arter basıncı, SV serbest duvar kalınlığı ve SV serbest duvar strain parametreleri haricindeki parametreler gruplar arasında benzerdi. KOAH grubunda ortalama pulmoner arter basıncı ve SV serbest duvar kalınlığı kontrol grubuna

Tablo 1. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalar ve sağlıklı bireylerin demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| Değişken | Kontrol (n= 24) | KOAH (n= 28) | p |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|---------|
| Yaş (yıl) | 50 (41-58.5) | 60 (53.3-63.5) | 0.003 |
| Erkek cinsiyet n (%) | 21 (%87.5) | 25 (%87.5) | 0.588 |
| Hipertansiyon n (%) | 3 (%12.5) | 4 (%14.3) | 0.589 |
| Diyabet | - | - | |
| Hiperlipidemi | 3 (%12.5) | 2 (%7.1) | 0.425 |
| Sigara alışkanlığı Evet (%) | 14 (%58.3) | 24 (%85.7) | 0.028 |
| Satürasyon (%) | 96 (96-97) | 94 (91.25-96.0) | < 0.001 |
| Sigara miktarı (paket/yıl) | 10 (0-30) | 27.5 (15.25-40) | < 0.001 |
| FEV ₁ /FVC | 86 (81-91.48) | 54 (47-60.7) | < 0.001 |
| FEV ₁ (L) | 3.22 (2.9-4.2) | 1.29 (1.00-1.74) | < 0.001 |
| FVC ₁ (L) | 3.7 (3.2-4.8) | 2.13 (1.90-2.65) | < 0.001 |
| 6 dakika yürütme testi (metre) | 558 (512-645) | 451.5 (365-504) | < 0.001 |
| Hemoglobin (g/dL) | 14.55 (13.40-16.35) | 15.4 (13.5-16.52) | 0.24 |
| Beyaz küre (10 ³ /µl) | 7.35 (6.58-8.65) | 8.50 (7.95-8.9) | 0.335 |

göre daha fazlaydı. KOAH grubunda SV serbest duvar strain parametrelerinden; SV serbest duvar bazal strain değerleri [-24.11 (-28.92-21.36) vs. -28.84 (-34.54-24.09); (p= 0.022)], SV serbest duvar apikal strain değerleri [-15.09 (-19.19-11.26) vs. -20.79 (-24.72-12.40); (p= 0.031)], SV serbest duvar mid strain değerleri [-22.00 (-26.75-19.92) vs. -26.34(-29.76-21.71); (p= 0.025)] kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü.

KOAH ve kontrol grubu arasında ortalama pulmoner arter basıncı ve SV serbest duvar strain parametreleri arasında ilişkiyi incelerken yaşa bağlı etkiyi ortadan kaldırmak için ortalama pulmoner arter basıncı ve SV serbest duvar strain parametreleri arasında yaşa göre düzeltilmiş parsiyel korelasyon analizi uygulandı. Neticede ortalama pulmoner arter basıncı ve sırası ile SV serbest duvar bazal strain, SV serbest duvar apikal strain, SV serbest duvar mid strain değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon izlendi (r= -0.357, p= 0.010; r= -0.290, p= 0.034; r= -0.370, p= 0.007). Ortalama pulmoner arter basıncı ve SV serbest duvar strain parametreleri arasındaki korelasyon grafikleri Şekil 1'de gösterildi.

TARTIŞMA

Bu çalışmadaki temel bulgular şu şekilde özetlenebilir: KOAH hastalarının pulmoner arter basıncı değerleri, sağlıklı gönüllülerden daha yüksekti; SV'nin iki boyutlu doğrusal ölçümleri gruplar arasında benzerdi ve tüm ölçümler daha önce tanımlanan referans aralıkları içindeydi; SV serbest duvar strain değerleri KOAH grubunda önemli ölçüde azalmıştı. Bu bulgular, KOAH'ın etkilediği hastalarda SV yetmezlik bulguları oluşmadan pulmoner vasküler tutulumu sebebiyet verdiğini, buna bağlı SV sistolik disfonksiyonu oluştuğunu ve SV

disfonksiyonunun SV strain görüntüleme ile erken dönemde tespit edilebileceğini düşündürmektedir.

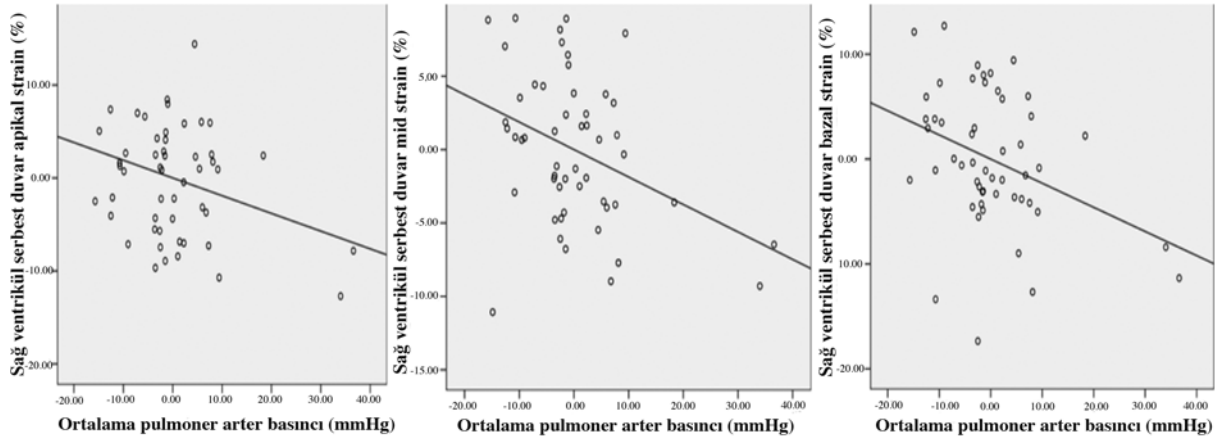
KOAH'lı hastalarda kardiyovasküler hastalıklar önemli ölüm nedenlerindedir. SV, sistemik ve pulmoner dolaşım arasında, KOAH'ın sistemik ve lokal etkileriyle indüklenen vasküler yeniden şekillenmeden etkilenen bir kanaldır. Başka bir deyişle, KOAH özellikle SV'nin yapısını ve işlevini etkiler. SV disfonksiyonu, KOAH'lı hastalarda akciğer tutulumunun erken evresinde ortaya çıkar ancak klinik bulguları gizli kalır (çoğunlukla konjesyon belirtileri hastalığın ilerleyen aşamalarında ortaya çıkar). SV disfonksiyonu ve mortalitenin artışı arasındaki ilişki nedeniyle noninvaziv yöntemlerle SV fonksiyonunun değerlendirilmesi önemlidir. Klinik uygulamada, 2D ekokardiyografi, bu değerlendirme için en sık kullanılan noninvaziv yöntemdir. Bununla birlikte, SV'nin kompleks geometrisi, miyofibrillerinin ağırlıklı olarak longitudinal seyretmesi ve KOAH hastalarında zayıf ekojenite klinik kullanım için önemli sınırlamalarını oluşturur^(8,9). Bu çalışmada, KOAH'lı hastalarda ve kontrol grubunda SV'nin iki boyutlu doğrusal ölçümleri gruplar arasında benzer çıkmış ve geleneksel ekokardiyografik yöntemler kontrol grubuna göre herhangi bir SV disfonksiyonu tespit etmemiştir.

İki boyutlu strain görüntüleme, Doppler açısından, tethering ve önyükün etkisinden bağımsız miyokardın aktif hareketini pasif hareketinden ayrı olarak değerlendirilmesine izin veren yeni bir tekniktir. Bu değerlendirme, miyokart kontraktilesini tanımlayan stres-gerinme ilişkilerinin bir parçasını temsil eder. Bu, özellikle afterload elevasyonuna duyarlı olan SV sirkülasyonu söz konusu olduğunda daha belirgindir ve diğer konvansiyonel ekokardiyografik tekniklerle karşılaştırıldığında çok küçük değişiklikleri değerlendirmek

Tablo 2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalar ve sağlıklı bireylerin ekokardiyografik özelliklerinin karşılaştırılması

| Değişkenler | Kontrol (n= 24) | KOAH (n= 28) | p |
|--|------------------------|------------------------|-------|
| Sol ventrikül end diastolik çapı (mm) | 46.0-(42.5-47.5) | 47.0-(44.0-48.2) | 0.151 |
| Sol ventrikül end sistolik çapı (mm) | 28.2-(26.0-30.5) | 30.0-(28.0-33.2) | 0.124 |
| İnterventriküler septum kalınlığı (mm) | 8.7-(8.0-10.0) | 8.3-(8.0-9.0) | 0.389 |
| Posterior duvar kalınlığı (mm) | 8.3-(8.0-9.8) | 8.6-(8.0-9.0) | 0.829 |
| Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu | 69.5-(63.6-74.5) | 65.0-(61.5-70.5) | 0.264 |
| Sağ ventrikül bazal çapı (mm) | 37.88 (36.20-39.77) | 38.15 (34.84-40.30) | 0.714 |
| Sağ ventrikül mid çapı (mm) | 31.97 (29.99-33.91) | 30.99 (28.99-33.78) | 0.480 |
| Sağ ventrikül yüksekliği (mm) | 68.8 (67.6-74.5) | 71.74 (67.96-77.39) | 0.199 |
| Sağ ventrikül serbest duvar kalınlığı (mm) | 4.78 (4.05-5.6) | 5.97 (5.14-6.47) | 0.001 |
| Sağ atrium apiko-bazal çapı (mm) | 40.35 (37.78-44.74) | 40.77 (38.40-44.45) | 0.727 |
| Sağ atrium medio-lateral çapı (mm) | 39.03 (33.92-40.42) | 37.15 (35.00-41.35) | 0.912 |
| TAPSE (mm) | 23 (22-25.75) | 21.5 (20-23.8) | 0.079 |
| E velositesi (m/s) | 14.5 (13.15-18.00) | 12 (10-15) | 0.009 |
| A velositesi (m/s) | 20 (18-22) | 19.5 (17-23.75) | 0.985 |
| TDI S (cm/s) | 16 (18-22) | 16 (14-18) | 0.664 |
| Akselerasyon zamanı (m/s ²) | 3.82 (3.3-5.12) | 3.60 (2.75-3.83) | 0.106 |
| Sağ ventrikül end diastolik alanı (cm ²) | 19.2 (16.5-29.2) | 24.5 (17.7-37.1) | 0.259 |
| Sağ ventrikül end sistolik alanı (cm ²) | 11.8 (8.4-18.8) | 17.0 (9.4-28.2) | 0.251 |
| Sağ ventrikül fraksiyonel alan değişimi (%) | 41 (37-49) | 40 (36-48) | 0.783 |
| Sağ ventrikül end diastolik volumü (mL) | 78.75 (75.12-92.08) | 87.6 (69.6-93.6) | 0.474 |
| Sağ ventrikül end sistolik volumü (mL) | 43.85 (37.6-50.05) | 47.25 (40.65-56.2) | 0.163 |
| Atım volumü (mL) | 35.85 (31.35-45.06) | 37.65 (25.6-48.62) | 0.588 |
| Sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonu | 45.05 (42.72-51.15) | 40.55 (33.25-52.025) | 0.084 |
| Sağ ventrikül bazal septum strain | -20.10 (-22.93,-17.42) | -18.12 (-21.44--16.04) | 0.056 |
| Sağ ventrikül mid septum strain | -19.46 (-22.82,-17.37) | -18.02 (20.58-16.33) | 0.081 |
| Sağ ventrikül apikal septum strain | -16.60 (-21.16,-11.23) | -13.66 (-16.08-9.85) | 0.061 |
| Sağ ventrikül apikal septum strain rate | -1.14 (-1.39,-0.91) | -1.06 (-1.38-0.83) | 0.349 |
| Sağ ventrikül mid septum strain rate | -1.10 (-1.25,-0.97) | -1.13 (-1.25,-0.96) | 0.659 |
| Sağ ventrikül bazal septum strain rate | -1.2 (-1.31,-1.01) | -1.16 (-1.34,-1.00) | 0.833 |
| Sağ ventrikül serbest duvar bazal strain | -28.84 (34.54,-24.09) | -24.11 (-28.92,-21.36) | 0.022 |
| Sağ ventrikül serbest duvar apikal strain | -20.79 (-24.72,-12.40) | -15.09 (-19.19,-11.26) | 0.031 |
| Sağ ventrikül serbest duvar mid strain | -26.34 (-29.76,-21.71) | -22.00 (-26.75,-19.92) | 0.025 |
| Sağ ventrikül serbest duvar mid bazal strain rate | -1.91 (-2.25,-1.62) | -1.92 (-2.3,-1.61) | 0.890 |
| Sağ ventrikül serbest duvar mid strain rate | -1.66 (-1.85,-1.43) | -1.57 (-1.75,-1.20) | 0.317 |
| Sağ ventrikül serbest duvar apikal strain rate | -1.38 (-1.59,-1.15) | -1.28 (-1.75,-1.20) | 0.646 |
| Sağ ventrikül E/A | 1.22 (0.87-1.38) | 1.17 (0.84-1.50) | 0.755 |
| Ortalama pulmoner arter basıncı (mmHg) | 25.67 (22.68-28.47) | 32.07 (25.82-41.75) | 0.001 |

TAPSE: Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion, TDI: Tissue Doppler Imaging.



Şekil 1. Ortalama pulmoner arter basıncı ve sağ ventrikül serbest duvar apikal, mid ve bazal strain parametreleri arasındaki yaşa göre düzeltilmiş parsiyel korelasyon analizini gösteren grafikler.

için yararlı olabilir^(10,11). Nitekim bizim çalışmamızda 2 boyutlu strain görüntüleme parametreleri KOAH hastalarının büyük kalitedeki SV görüntülerine rağmen ve SV'nin her bir bölümü için ayrı ayrı uzunlamasına sistolik ve diastolik fonksiyonları değerlendirilerek, geleneksel SV indekslerine kıyasla, kontrol grubuna göre KOAH hastalarında subklinik SV disfonksiyonu olduğu tespit edildi. Vitarelli ve arkadaşlarının sağlıklı kişiler, pulmoner hipertansiyon gelişen ve gelişmeyen KOAH hastalarını dahil ettikleri çalışmalarında, SV global strain ve strain rate parametrelerinin pulmoner hipertansiyon gelişen KOAH hastalarında, pulmoner hipertansiyon gelişmeyen KOAH hastalar ve sağlıklı kişilerden daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir⁽¹²⁾. Bizim çalışmamızda segmental strain değerlerimiz hasta grubunda daha düşük iken, strain rate değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı.

KOAH'a bağlı pulmoner arter basıncındaki artış oluşmasında birçok sebep suçlanmış olmasına rağmen, başlıca hipoksi kaynaklı vazokonstriksiyon, kapiller yatağın kaybı, polisitemiya vera kaynaklı hiperviskosite ve arteryel yapılarıdaki histolojik değişiklikler pulmoner arter basıncının artışına sebebiyet verir^(13,14). Bu artış direk SV ön yükünün artmasına sebep olarak SV longitudinal fonksiyonlarını etkilemektedir. Bu çalışmanın sonuçlarında daha öncesindeki çalışmaların sonuçları ile uyumlu olup KOAH grubunun pulmoner arter basıncı kontrol grubuna göre daha yüksektir. Ayrıca SV serbest duvar strain parametrelerinin yaşa göre düzeltilmiş ortalama pulmoner arter basıncı ile ilişkilidir.

Kısıtlılıklar

Ancak çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Bunlardan en önemlisi çalışma popülasyonumuzun görece küçük hasta sayısından oluşması idi. Bu konuda daha büyük hasta sayılı çalışmalar yapılarak bu konu daha net olarak değerlendirilebilir. Daha öncesinde yapılan Doppler çalışmalarında olduğu gibi

bizim çalışmamızdaki Doppler verilerinin açı bağımlı olması, apekten bazale doğru gidildikçe açı farkı ve artefaktların artması açı farklarının 30 dereceden fazla olduğu durumlarda deformasyonun fazla olduğu bilinmektedir. Ancak çalışmamızda açı farkı en alt seviyede olmasına dikkat edildi ve en yüksek frame rate ile çalışıldı. Maliyet ve etik nedenlerden SV fonksiyonunu değerlendirilme de altın standart kabul edilen kardiyak magnetik rezonans ve kardiyak kateterizasyon uygulanmadı.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucuna göre KOAH hastalarında olan SV disfonksiyonunu SV strain parametrelerinin konvansiyonel ekokardiyografik yöntemlerden daha erken tespit ettiğini ve SV strain değerlerinin pulmoner arter basıncı ile korele olduğunu gördük. SV strain parametrelerinin yaygın klinik kullanımı ile KOAH hastalarında artmış ön yük nedeni sağ ventrikül yapısındaki bozulmayı daha iyi anlayacağımızı, daha erken dönemde SV disfonksiyonu tanısı koyabileceğimizi ve uygun tedavinin daha erken dönemde başlanabileceğini ve hastaların takiplerinde kullanılabileceği sonucuna vardık.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: YK, YK

Analiz/Yorum: YK, YK

Veri sağlama: YK, YK

Yazım: YK, BB

Gözden Geçirme ve Düzeltme: YK, BB

Onaylama: Tüm yazarlar

KAYNAKLAR

1. Almagro P, Barreiro B, de Echagüen AO, Quintana S, Carballeira MR, Heredia JL, et al. Risk factors for hospital readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration* 2006;73:311-7.
2. Peinado VI, Barberà JA, Abate P, Ramírez J, Roca J, Santos S, et al. Inflammatory reaction in pulmonary muscular arteries of patients with mild chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:1605-11.
3. Peinado VI, Barberà JA, Ramírez J, Gómez FP, Roca J, Jover L, et al. Endothelial dysfunction in pulmonary arteries of patients with mild COPD. *Am J Physiol* 1998;274:L908-13.
4. Cuttica MJ, Shah SJ, Rosenberg SR, Orr R, Beussink L, Dematte JE, et al. Right heart structural changes are independently associated with exercise capacity in non-severe COPD. *PLoS One* 2011;6:e29069.
5. Burgess MI, Mogulkoc N, Bright-Thomas RJ, Bishop P, Egan JJ, Ray SG. Comparison of echocardiographic markers of right ventricular function in determining prognosis in chronic pulmonary disease. *J Am Soc Echocardiogr* 2002;15:633-9.
6. Gómez FP, Rodríguez-Roisin R. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 2002;8:81-6.
7. Lang RM, Bierig M, Devereux RB, Flachskampf FA, Foster E, Pellikka PA, et al. Recommendations for chamber quantification: a report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, developed in conjunction with the European Association of Echocardiography, a branch of the European Society of Cardiology. *J Am Soc Echocardiogr* 2005;18:1440-63.
8. Sabit R, Bolton CE, Fraser AG, Edwards JM, Edwards PH, Ionescu AA, et al. Sub-clinical left and right ventricular dysfunction in patients with COPD. *Respir Med* 2010;104:1171-8.
9. Tayyareci Y, Tayyareci G, Tastan CP, Bayazit P, Nisanci Y. Early diagnosis of right ventricular systolic dysfunction by tissue Doppler derived isovolumic myocardial acceleration in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Echocardiography* 2009;26:1026-35.
10. Hardegree EL, Sachdev A, Villarraga HR, Frantz RP, McGoon MD, Kushwaha SS, et al. Role of serial quantitative assessment of right ventricular function by strain in pulmonary arterial hypertension. *Am J Cardiol* 2013;111:143-8.
11. Fukuda Y, Tanaka H, Sugiyama D, Ryo K, Onishi T, Fukuya H, et al. Utility of right ventricular free wall speckle-tracking strain for evaluation of right ventricular performance in patients with pulmonary hypertension. *J Am Soc Echocardiogr* 2011;24:1101-8.
12. Vitarelli A, Conde Y, Cimino E, Stellato S, D'orazio S, D'angeli I, et al. Assessment of right ventricular function by strain rate imaging in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2006;27:268-75.
13. Weitzenblum E, Chaouat A, Kessler R. Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Pneumonol Alergol Pol* 2013;81:390-8.
14. Fishman AP. Hypoxia on the pulmonary circulation. How and where it acts. *Circ Res* 1976;38:221-31.