

Diastolde Sol Ventriküle Prolabe Olan Sol Atrial Miksomalar (iki Olgu Nedeniyle)

LEFT ATRIAL MYXOMAS PROLAPSING IN TO THE LEFT VENTRICULE IN DIASTOLE (DUE TO TWO CASES)

Turan EGE*, Enver DURAN*, Turhan KÜRÜM**, Mehmet ACIPAYAM*, Armağan ALTUN**

* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD,

** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, EDİRNE

Özet

Amaç: Disatolde sol ventriküle prolabe olarak mitral kapakta darlık ve yetmezlik oluşturan iki miksoma olgusu nedeniyle, literatür bilgilerini ve mevcut tedavi yöntemlerini sonuçlarımızla karşılaştırmalı sunmak.

Metod: Kliniğimizde sol atriumda interatrial septumdan orijin alan miksoma tanısı ile iki olguya cerrahi tedavi uygulandı. Olgulardan birinde 63x34 mm, diğesinde 43x48 mm boyutlarında sol atrial miksoma mevcuttu. Birinci olguda tümör rezeksiyonu, ikinci olguda ise ilave olarak triküspit kapağa DeVega anuloplastisi yapıldı.

Sonuçlar: Tümoral kitleler ortadan kaldırıldığında klinik tabloda belirgin bir iyileşme gözlemlendi. Preoperatif New York Heart Association (NYHA)'a göre fonksiyonel kapasitesi klas IV olan olgulardan birincisi cerrahiden sonraki 8. günde klas I, diğeri 10. günde klas II ile taburcu edildiler. Birinci olgunun postoperatif 10. ayda, ikinci olgunun 5. ayda kontrol ekokardiyografik incelemeleri normal olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Kalp tümörü, Benign, Miksoma

T Klin Kalp-Damar Cerrahisi 2002, 3:40-44

Summary

Purpose: We presented two myxoma cases that protrude to the left ventricle and cause both incompetence and relatively narrowing in the mitral valve during diastole and we compared to our results with literature data and current treatment modality.

Methods: In our clinic; surgical interventions were performed to two patients who have myxomas was originated from interatrial septum in the left atrium. Sizes of the left atrial myxomas were about 63x34 mm in the first case and 43x48 mm in the second case. Simple tumoral resection was performed in the first case and tumoral resection plus tricuspid valve De Vega annuloplasty were performed in the second case.

Results: Significant improvements were observed in the clinical status of the patients after surgical removal of the tumoral masses. Functional capacity of the first patient was improved to class I from class IV in the 8 postoperative day as NYHA (New York Heart Association) and discharged from the hospital. Similarly functional capacity of the second patient was improved to class II from class IV and discharged in the tenth postoperative day. Echocardiographic findings were normally in first patient in the tenth postoperative month and in second patient in the fifth postoperative month.

Key Words: Cardiac tumor, Benign, Myxoma

T Klin J Cardiovascular Surgery 2002, 3:40-44

Kalp tümörleri primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Otopsi incelemelerinde sekonder tümörler %0,24-6,45 oranında ve primer tümörlerden çok fazla görülmektedirler. Primer kardiyak tümörlerin yaklaşık %70'i benign, %30'u maligndir. Benign tümörler içinde miksomalar %50 ile en sık görülendir. Genel olarak bu tümörler endokardiyal yüzeyden kalp boşlukları içine doğru büyüyen, yumuşak jelatinöz yapılardır (1-3).

Sol atriumda bulunan miksomalar büyük boyutlarda ise diastolde mitral kapak orifisini daraltır veya kapaktan sol ventriküle prolabe olarak darlık tablosu oluşturur. Ventrikül sistolü sırasında kapakların kapanmasını engelleyerek de yetmezlik tablosu oluşturabilir (1,2).

Bu yazıda interatrial septumun solundan orijin alan, diastolde sol ventrikül içine prolabe olan ciddi mitral darlığı bulguları oluşturan iki sol atrial

miksoma olgusunu literatür bilgileri eşliğinde karşılaştırdık.

Olgu 1

Kırkdört yaşında bayan hasta yaklaşık 4 aydır nefes darlığı, çabuk yorulma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede nabız dakika sayısı 112, tansiyon arteriyel (TA) 100/60 mmHg, ortopne ve taşipne, solunum dakika sayısı 48, her iki hemitoraksta yaygın inspiratuvar ve ekspretuvar ronküs tesbit edildi. New York Heart Association (NYHA)'a göre fonksiyonel kapasitesi klas IV. Postero anterior (PA) akciğer grafisinde alt zonlarda yaygın konjesyona ait bulgular ve sol sinüs kapalılığı, laboratuvar bulgusu olarak da anemi (Hemoglobin 8,4 gr/dl) mevcuttu.

Yapılan ekokardiyografik incelemede sol atriumda interatrial septumun 1/3 proksimalinden köken alan, 63x34 mm boyutlarında, diastolde sol ventrikül içine hareket ederek sol ventrikül giriş yolunu tıkayan kitle görüldü (Şekil 1).

Olgu 2

Kırküç yaşında erkek hasta yaklaşık 6 aydır nefes darlığı ve çabuk yorulma şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenede nabız dakika sayısı 123, tansiyon 95/60 mm Hg, ortopne ve solunum dakika sayısı 36, her iki hemitoraksta yaygın ronküsler mevcuttu. Sağ kalp yetmezliğine bağlı olarak sant-ral venöz basınç 24 mmHg, hepatomegali 10 cm, PA akciğer grafisinde alt zonlarda konjesyona ait

bulgular, sağ sinüs kapalılığı, laboratuvar tetkiklerinden de anemi (Hemoglobin 9.8 gram/dl) tesbit edildi. NYHA'a göre efor kapasitesi klas IV.

Ekokardiyografide sol atrium üst kısmından orijin alan diastolde sol ventriküle prolabe olan 43x48 mm kitle, sol atrium genişliği 47 mm, Mitral yetmezlik (II. derece), Triküspit yetmezliği (IV. derece), sistolik pulmoner arter basıncı 78 mmHg olarak saptandı. (Şekil 2).

Klinik durumun ağırlığı nedeniyle her iki olguda acil operasyona alındı. Aortobikaval kanülasyonla kardiyopulmoner bypass, antegrad soğuk kristaloid kardiyopleji ile kardiyak arrest sağlandı. Sol atrium, interatrial birleşkenin posterior'undan açıldığında atrium içini tamamen dolduran yumuşak, jelatinöz, mobil kitleler parçalanmadan çıkarıldı. İnteratrial septumda tutunma yeri çıkarılıp sütüre edildi. Birinci olgudan çıkarılan tümoral kitle Şekil 3'de, ikinci olgudan çıkarılan kitle ise Şekil 4'de görülmektedir. İkinci olgunun mitral yetmezliği peroperatif sol ventriküle enjektörle serum fizyolojik verilerek kontrol edildi ve önemli bir yetmezlik bulunmadı. Triküspit kapakta ise ileri derecede yetmezlik tesbit edilip DeVega anüloplastisi uygulandı. Kardiyopulmoner bypass'tan ayrılma esnasında sistemik arter basıncı 81/58 mmHg iken pulmoner arter basıncı (PAP) 85/60 mmHg idi. Pulmoner arter kateterinden 0.5 µg/kg/dk dozunda Nitrogliserin infüzyonu, parenteral acil digitalizasyon ve Furosemid 20 mg

Şekil 1. Olgu 1'in ekokardiyografide sol atriumdan sol ventriküle prolabe olan kitle görüntüsü

Şekil 2. Olgu 2'nin ekokardiyografik görüntüsü

intravenöz verildi. Progressif olarak sistemik arter basıncı yükseldi, PAP azaldı. Postoperatif 3. saatte TA 92/65 mmHg, PAP 45/19 idi. Nitrogliserin tedavisi postoperatif 24 saat sonra kesildi. Hepatomegali erken postoperatif dönemde azaldı, 10. günde 5 cm'di.

Her iki hastanın da patolojik incelemesi "miksoma ile uyumlu histolojik bulgular" olarak değerlendirildi.

Birinci olgu postoperatif 8. günde klas I, ikinci olgu 10. günde klas II efor kapasitesi ile taburcu edildiler.

Birinci olgunun postoperatif 10. ayda (Şekil 5), ikinci olgunun 5. ayda (Şekil 6) kontrol ekokardiyografi işlemleri yapıldı ve normal olarak değerlendirildi.

Tartışma

Kalp tümörlerinin yaklaşık %70'i benign, bunlarında %50'si miksomadır. Miksomalar intrakaviter tümörlerdir, genellikle çapları 5-6 cm'dir, fakat 1-15 cm arasında da değişebilmektedir. Etiyoloji açık değildir, fakat primitif mezenşimal hücrelerden kaynaklandığına inanılmaktadır. İmmunohistokimyasal çalışmalar, endotel tabakası boyunca farklılaşma kapasitesine sahip primitif stromal hücrelerden kaynaklandığını doğrulamaktadır. Tüm kalp boşlukları içinde olabilirse de en sık (%75-80) sol atriumda görülmektedir. Ventriküler miksomalar da çoğunlukla sağ ventrikül serbest duvarından veya septumundan

Şekil 3. Olgu 1'in cerrahi rezeksiyonla çıkarılan tümoral kitlesi

Şekil 4. Olgu 2'nin cerrahi rezeksiyonla çıkarılan tümoral kitlesi

Şekil 5. Olgu 1'in 10. ayda kontrol ekokardiyografi görüntüsü

Şekil 6. Olgu 2'nin 5. ayda kontrol ekokardiyografi görüntüsü

kaynaklanır. Genellikle papiller veya düz, jelatinöz veya mukoiddir, sıklıkla hemorajik alanlar içerir. Orta yaşlı kadınlarda 2-3 kat daha fazla görülmektedir (1-3).

Bir nolu olgu literatür bilgileri ile uyumlu olarak, orta yaşlı kadın ve sol atriumda büyük mikroma olarak tesbit edildi. Diğer olgu ise orta yaşlı ve erkekti.

Sol atrial miksomalar öksürük, hemoptizi gibi mitral stenozu semptomlarını oluşturabilir. Sağ atrial miksomalarda hepatomegali, asit, periferik ödem gibi sağ kalp yetmezliği semptomlarını oluşturabilir (4-8).

Her iki olgumuzda da mikroma, diastolde sol ventriküle prolabe olduğundan çok ciddi mitral darlığı tablosu oluşturuyordu. Birinci olguda şikayetlerin başlaması ile operasyon arasında geçen süre 4 aydır, kitle büyük olmasına rağmen pulmoner arter basıncında ve triküspit kapakta ciddi bozukluk tesbit edilmedi. Klinik bulgular kitlenin diastolde sol ventriküle prolabe olması sonucu mitral orifisi daraltmasıyla oluşuyordu. İkinci olguda geçen süre 6 aydır, kitle birinciye göre daha küçük olmasına rağmen ikinci derece mitral ve dördüncü derece triküspit yetmezliği, ileri derecede pulmoner hipertansiyon gelişmiştir. Buradaki kitle diastolde sol ventriküle prolabe olduğundan mitral orifisi daraltarak mitral darlık, sistolde mitral kapağın kapanmasını engelleyerek de mitral yetmezlik tablosu oluşturuyordu.

Kalbin sol tarafında olan miksomalarda %30-45 oranında intraserebral, periferik veya koroner emboliler olabilir (9-12). Özellikle büyük sol atrial miksomaların yaklaşık 1/3'ünde ateş, parmaklarda çomaklaşma, miyalji, artralji, kilo kaybı ve Raynaud fenomeni görülebilir. Anemi ve trombositopeni olabilir. Tümörün rezeksiyonundan sonra bunlar normale dönebilir (1-3,13-15). Kalbin sağ tarafındaki miksomalarda %10 pulmoner emboli olabilir (1).

Olgularımızda klinik muayenede sistemik bulgular tesbit edilmeyip, laboratuvar bulgularından sadece anemi tesbit edildi. Her iki olguda sol atriumda lokalize olmasına rağmen saptanabilen sistemik emboliye ait bulgu yoktu.

Ekokardiyografi, kardiyak tümör şüphelenilen olguda ilk yapılacak tetkiktir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans'da faydalı tanı yöntemleridir (1,16). Her iki olgumuzda da tanı ekokardiyografik inceleme sonucu konuldu.

Miksomalarda embolik komplikasyonlara bağlı sekonder mortalite %8-10'dur. Bu nedenle tanı konulduktan sonra acilen cerrahi uygulanmalıdır. Kardiyopulmoner bypass ve hipotermik kardiyopleji ile komplet rezeksiyon yapılmalıdır. Rekürrensi azaltmak için mikroma pedikülünün bağlandığı bölge çevresindeki normal dokulardan da rezeksiyon yapılmalıdır. Kardiyopulmoner bypass'ın kurulması aşamasında emboli oluşumunu önlemek için kalp minimum manüple edilmelidir (1,2).

Postoperatif atrial aritmiler görülebilmektedir (1-3).

Tümör rekürrensi literatürde %1-3 olarak belirtilmektedir. Yetersiz rezeksiyon, operasyonda tümör implantasyonu ve multisentrik büyüme rekürrenste olası nedenlerdir (1-3,17). Bizde nüks olasılığını azaltmak için tümör pedikülünün bağlı olduğu interatrial septumdan rezeksiyon yaptık.

Takiplerde ekokardiyografik incelemenin yeterli olduğu belirtilmektedir (2). Bizde takiplerimizi ekokardiyografi ile yaptık.

Sonuç olarak, sol atrial miksomalar büyük boyutlara ulaşıncaya kadar nonspesifik klinik semptomlar oluşturduğundan doğru tanının konulması gecikebilmektedir. Büyük sol atrial miksomalar diastolde mitral kapak orifisini tıkayarak ciddi darlık veya yetmezlik meydana getirdiğinden cerrahi olarak tümör kitle ortadan kaldırıldığında hızlı bir düzelme görülebilmektedir. Kapaklarda fonksiyonel yetmezlik mevcutsa bunların cerrahi düzeltimi yapıldığı takdirde klinik iyileşmenin daha da hızlanacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Spotniz WD, Blow O. Cardiac Tumors. In: Kaiser LR, Kron IL, Spray TL (Eds). Mastery of Cardiothoracic Surgery. USA, Lippincott-Raven, 1998:565-73.
2. Acker MA, Gardner TJ. Cardiac Tumors. In: Baue AE (Ed). Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery. Sixth Edition, USA, Prentice-Hall International, 1996:2311-25.

3. Kirklin JW, Barret-Boyes BG. Cardiac Tumor. Cardiac Surgery. 2nd ed. USA, Churchill Livingstone, 1993:1635-53.
4. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. Medicine (Baltimore) 2001 May;80(3):159-72.
5. Keeling I, Oberwalder P, Schuchlenz H, Anelli-Monti M, Rigler B. Left ventricular outflow tract obstruction due to valve myxoma. Ann Thorac Surg 2000 May;69(5):1590-1.
6. Kang N, Hughes CF. Massive pulmonary embolus complicating left atrial myxoma. J Thorac Cardiovasc Surg 2001 Apr;121(4):814-5.
7. Asai Y, Ichimura K, Kaneko M, Abe T. Treatment of life-threatening huge atrial myxoma: report of two cases. Surg Today 1999;29(8):813-6.
8. Yılmaz M, Kolbakır F, Keçeligil HT ve ark. Mitral anulustan origin alan miksona. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1994;2:159-61.
9. Salehian O, Demers C, Patel A. Atrial myxoma presenting as isolated unilateral blindness: a case report and review of the literature. Can J Cardiol 2001 Aug;17(8):898-900.
10. Bienfait HP, Moll LC. Fatal cerebral embolism in a young patient with an occult left atrial myxoma. Clin Neurol Neurosurg 2001 Apr;103(1):37-8.
11. Bayir H, Morelli PJ, Smith TH, Biancaniello TA. A left atrial myxoma presenting as a cerebrovascular accident. Pediatr Neurol 1999 Aug;21(2):569-72.
12. Posacıoğlu H, Çıkırıkçioğlu M, Yavuzgil O ve ark. Eyer tarzında aortik emboli ve birden fazla periferik arteriyel embolinin ilk semptom olduğu sol atriyal miksona olgusu. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 1999;5:218-20.
13. Loche F, Canepelle S, Arlet E, Basex J. Cutaneous manifestation of left atrial myxoma. Eur J Dermatol 1999 Dec;9(8):650-1.
14. Jelic J, Milicic D, Alfircic I, Anic D, Baudoin Z, Bulat C, Coric V, Dacic D, Husar J, Ivancan V, Korda Z, Letica D, Predrijevac M, Ugljen R, Vucemilo I. Cardiac myxoma: diagnostic approach, surgical treatment and follow-up. A twentyyears experience. J Cardiovasc Surg (Torino) 1996 Dec;37(6 Suppl 1):113-7.
15. Mete A, Sancaktar O, Süleymanlar G ve ark. Sol atrial miksona ile birlikte Carney sendromu. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1995;3:270-2.
16. Çıkırıkçioğlu M, Avlan D, Özbay G. Bir olgu nedeniyle kardiyak miksonalar. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1991-1993;8-9-10 (Birleşik sayı):521-8.
17. Reber D, Birnbaum DE. Recurrent cardiac myxoma: why it occurs. A case report with literature review. J Cardiovasc Surg (Torino) 2001 Jun;42(3):345-8.

Geliş Tarihi: 15.06.2001

Yazışma Adresi: Dr.Turan EGE
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp ve Damar Cerrahisi AD,
22030 EDİRNE