

İntrakardiyak Yerleşimli Bir Hemanjiyom Olgusu

A Case with Intracardiac Hemangioma

Orçun ALTUNÖREN,^a
Hayriye SAYARLIOĞLU,^a
Alptekin YASIM,^b
Ekrem DOĞAN,^c
Hakan KAYA^a

^aNefroloji BD,

^bKalp Damar Cerrahisi AD,

^cKardiyoloji AD,

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş

Geliş Tarihi/Received: 01.07.2010

Kabul Tarihi/Accepted: 12.01.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:

Orçun ALTUNÖREN

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Tıp Fakültesi,

Nefroloji BD, Kahramanmaraş,

TÜRKİYE/TURKEY

orcunaltunoren@hotmail.com

ÖZET Kalpte en sık görülen kitleler trombüsler olup, bunu sırasıyla metastatik kitleler ve primer neoplazmlar izler. En sık görülen primer neoplazm miksomalardır. Hemanjiyomlar ise çok nadir görülür. Genellikle asemptomatik olup tesadüfen saptanır. Kardiyak neoplazmlar radyolojik ve klinik olarak trombüslerle karışabilir. Tümörler ile trombüslerin tedavileri tamamen farklı olduğundan kardiyak kitlelerin ayırıcı tanısı önemlidir. Bu çalışmada, intrakardiyak hemanjiyom tanısı alan bir periton diyalizi hastasında preoperatif tanısal zorluklar irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi; hemanjiyom; kalp tümörleri

ABSTRACT Thrombi are the most frequent cardiac masses followed by metastatic masses and primary neoplasms respectively. While myxomas are the most common primary heart neoplasms, hemangiomas are quite rare. They are usually asymptomatic and diagnosed incidentally. Cardiac neoplasms may be confused with thrombi both radiologically and clinically. Treatment of thrombi and tumors is entirely different, so differential diagnosis of cardiac masses is important. In this article, we discussed preoperative diagnostic difficulties in a case of peritoneal dialysis patient who diagnosed as intracardiac hemangioma.

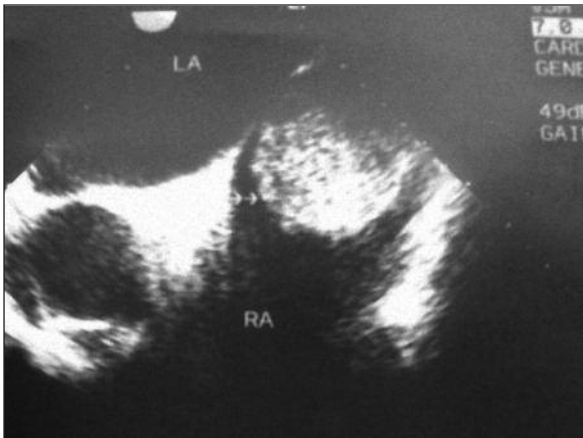
Key Words: Peritoneal dialysis; hemangioma; heart neoplasms

Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2012;24(3):314-7

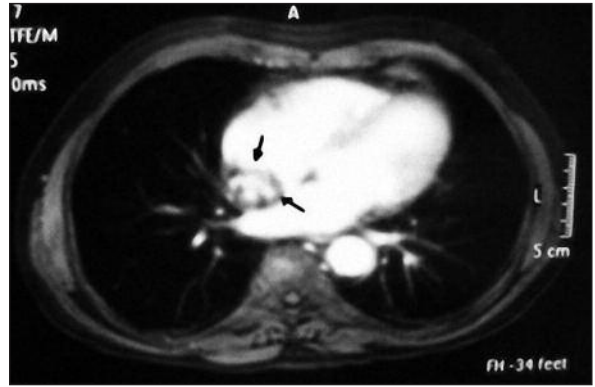
Kardiyak tümörler nadir görülen, fakat ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olabilecek oluşumlardır. Genellikle asemptomatik seyrettiklerinden diğer incelemeler sırasında tesadüfen saptanırlar. Kalbin tümörleri sıklıkla metastatik olup primer tümörlerden 100 kat fazla görülür. Primer tümörleri nadir görülür, genellikle benignedir ve %50'sini miksomalar oluşturur. Hemanjiyomlar ise çok nadir görülür ve kalp dışı hemanjiyomlarla benzer histolojiye sahiptir. Benign olmakla birlikte tromboembolik komplikasyonlara sebep olabilir. Kalp neoplazmları trombüslerle karışabilir ve doğru tanınmaları tedavi yaklaşımını tamamen değiştirdiğinden hayati öneme sahiptir. Bu çalışmada, bir intrakardiyak hemanjiyom olgusu ve tanı sürecinde karşılaşılabilecek zorluklar irdelenmiştir.

OLGU SUNUMU

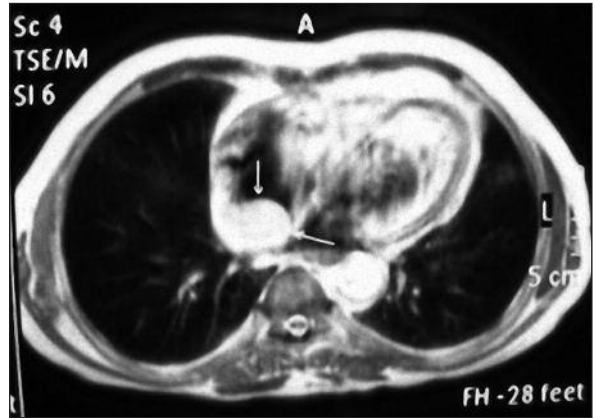
Etiyolojisi bilinmeyen kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeni ile periton diyalizi (PD) tedavisi alan 58 yaşındaki erkek hasta halsizlik, düşük dereceli ateş, kilo kaybı şikâyetleri ile başvurdu. Fizik muayenede batında PD kateteri ve kardiyak muayenede mezokardiyak odakta 2. derece diastolik üfürüm saptandı. Laboratuvarında BUN: 56 mg/dL, kreatinin: 5,6 mg/dL, ALT: 36 U/L, Hb: 10,7 g/dL, CRP: 90 mg/dL idi. Transtorasik ekokardiyografi (TTE)'de sağ atriyumda interatriyal septuma lokalize sapsız, kapsüllü imajı veren 4,7x2,7 cm ebadında kitle izlendi (Resim 1). Yerleşim yeri ve ekokardiyografik özellikleri miksona ile uyumlu olmadığından metastatik kitle şüphesi ile bakılan tümör belirteçleri (AFP, CEA, PSA, Ca 19,9), abdominal ultrasonografi ve akciğer grafisinde malignite bulgusuna rastlanmadı. TTE'de trombüs-tümör ayrımı yapılamadı ve transözofageal ekokardiyografi (TEE) ek bilgi sağlamadığından kardiyak manyetik rezonans (KMR) planlandı. KMR'de sağ atriyum posteriorunda 35x20 mm boyutunda düzgün sınırlı T1'de hipointens (Resim 2), T2'de izohipointens (Resim 3), gadolinyum sonrası kısmen kontrastlanan kitle saptandı. KMR bulguları trombüs ile uyumlu olmadığından neoplastik bir kitle olduğu düşünüldü ve hasta operasyona verildi. Postoperatif makroskopik görüntüsü tümör imajı veren kitlenin (Resim 4) patolojik incelemesinde hemanjiyom olduğu anlaşıldı (Resim 5). Hastada postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi.



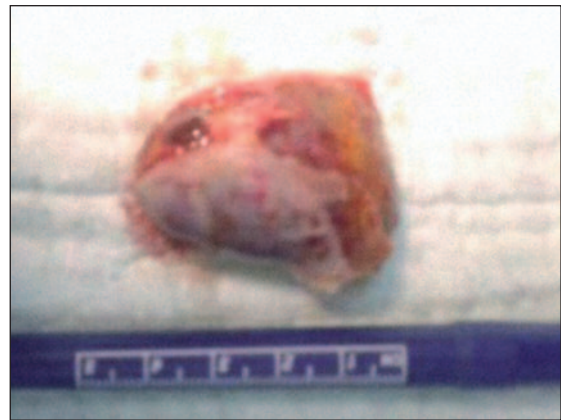
RESİM 1: Transtorasik ekokardiyografide sağ atriyumda lokalize kitle.



RESİM 2: T1 ağırlıklı kardiyak MR'de sağ atriyumda hipointens kitle.



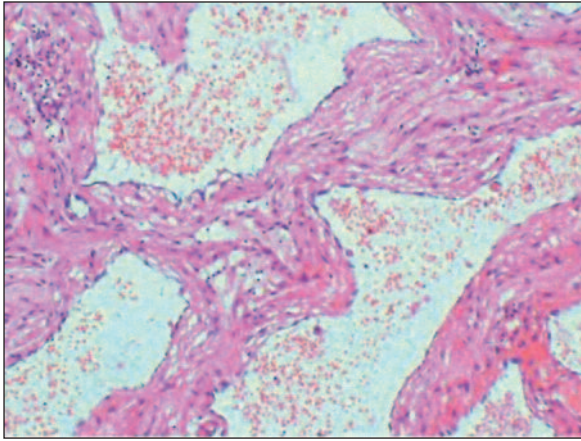
RESİM 3: T2 ağırlıklı kardiyak MR'de sağ atriyumda izo-hipointens kitle.



RESİM 4: Kitlenin postoperatif makroskopik görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://cardiovascular.turkiyeklinikleri.com/>)

TARTIŞMA

Primer kardiyak tümörler nadir görülür ve genellikle asemptomatik olduklarından tesadüfen fark edilir. Bazen IL-6 gibi sitokinlerin salınımına bağlı



RESİM 5: Benign endotel ile döşenmiş, eritrositlerle dolu değişik çapta damar yapıları (Hematoksilen Eozin x20).

(Renkli hali için Bkz. <http://cardiovascular.turkiyeklinikleri.com/>)

olarak konstitüsyonel semptomlara neden olabilir.¹⁻³ Kardiyak tümörler trombüs, vejetasyon, perikardiyal veya bronkojenik kistler gibi çeşitli nonneoplastik durumlarla klinik ve radyolojik olarak karışabilir.⁴ Bu kitlelerin tümörlerden ayrımı tedavi yaklaşımını değiştirdiğinden hayati öneme sahiptir.⁴ Özellikle benign tümörlerde eksizyon ile tam tedavi sağlanabilirken, trombüslerin yüksek doğrulukla tanınması hastaları gereksiz operasyon risklerinden koruyacaktır. Bu nedenlerden dolayı görüntüleme yöntemleri etkin şekilde kullanılmalı ve tedavi planı çizmeden önce kitlenin özellikleri tanımlanmalıdır. Olgumuzda TTE'de sağ atriyumda interatriyal septuma lokalize sapsız, kapsüllü imajı veren 4,7x2,7 cm ebadında lokalize geniş tabanlı bir kitle saptanmıştır. Miksomalar tipik olarak ince bir pedikül ile fossa ovalise bağlı, hareketli, kalp kapaklarının içine giren kitle olarak görülür ve %80'i sol atriyumda yerleşir.¹⁻⁵ Hastamızdaki kitle tipik miksoma özelliklerini taşıyordu. TTE ve TEE ile trombüs-tümör ayrımı yapılamadığından KMR planlandı.

TTE kardiyak kitlelerin taranmasında kolay ulaşılabilen, noninvaziv, iyonizan radyasyon içermeyen pratik bir yöntem olmasına karşın doku karakteristiklerini iyi tanımlayamaması, operatör bağımlı olması ve yetersiz akustik pencere gibi bazı kısıtlamaları vardır. Trombüs tanısında ekokardiyografinin yüksek yanlış pozitif ve yanlış negatiflik oranları bildirilmiştir. Bu nedenlerden

dolayı TTE kardiyak kitlelerin ayırıcı tanısı ve tedavinin yönetiminde güvenilir bir araç değildir.⁶ Bu kısıtlamalar TEE kullanılarak kısmen giderilebilmekte ise de invaziv bir yöntem olması ve yine doku karakterizasyonunun iyi olmaması nedeni ile yeterince güvenilir değildir.

MR, kardiyak kitlelerin tanısında radyasyon içermemesi, doku özelliklerini, invazyon olup olmadığını, birden fazla kitle olup olmadığını çok iyi tanımlayabilmesi nedeni ile tercih edilecek görüntüleme yöntemidir.^{4,6} Trombüsler özellikle yeni oluşmuş olanlar T1 ve T2'de hiperintens görülür.⁶ Subakut trombüsler ise desoksihemoglobin ve met-hemoglobin oluşumu nedeni ile T1'de hiperintens, T2'de hipointenstir.⁶ Miksomalar T1 ve T2'de heterojen görünür ve tipik olarak geç kontrastlanma gösterir.^{1,4} T2'de belirgin sinyal şiddetlenmesi gösterir.² Gadolinyum ile dinamik MR çekimlerinde ilk geçişte intensite artışı vasküler tümörler (örneğin; anjiyosarkom) için karakteristikdir.¹ Geç kontrastlanma, genişlemiş intertisyumda kontrastın akümüasyonu nedeni ile olup bazı malign ve benign tümörlerde fibroz stromayı gösterir.¹ Heterojen patern ise vaskülaritede bölgesel varyasyonlara bağlıdır ve maligniteyi destekler.¹ KMR'de sağ atriyum posteriorunda 35x20 mm boyutunda düzgün sınırlı T1'de hipointens, T2'de izo-hipointens gadolinyum sonrası kısmen kontrastlanan kitle görüldü. MR bulguları trombüs ile uyumlu olmadığından neoplastik bir kitle olduğu düşünüldü. Eksize edilen kitlenin patolojik incelemesinde hemanjiyom olduğu anlaşıldı.

Hemanjiyomlar çok sayıda vasküler odacıktan oluşmuş tümörlerdir ve herhangi özel lokalizasyon tercih etmezler.¹ Perikard, miyokard veya endokard yerleşimli olabilirler.^{7,8} Kalp dışı hemanjiyomlardan histolojik olarak farklı değildirler, ancak intrakardiyak yerleşimli olanlar endokardit için odak oluşturabilir ya da tromboz ve tromboembolik olaylara yol açabilir.⁸ MR'de T1'de miyokard ile izointenstirler, T2'de yavaş kan akımları nedeni ile diffüz olarak yüksek sinyal verirler.^{1,7,9}

Sonuç olarak, nontümöral oluşumların tümörlerden ayrımı tedavinin yönetiminde önemlidir. Bunun için görüntüleme yöntemlerinin akılcı kullanılması gereklidir. TTE kardiyak kitlelerin taranmasında iyi bir araç olsa da ayırıcı tanı için mutlaka dinamik KMR gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Hoey ET, Mankad K, Puppala S, Gopalan D, Sivananthan MU. MRI and CT appearances of cardiac tumours in adults. *Clin Radiol* 2009;64(12):1214-30.
2. Araoz PA, Mulvagh SL, Tazelaar HD, Julsrud PR, Breen JF. CT and MR Imaging of benign primary cardiac neoplasms with echocardiographic correlation. *Radiographics* 2000;20(5):1303-19.
3. Belgi A. [Differential diagnosis of intracardiac masses-differential diagnosis of cardiac neoplasms]. *Turkiye Klinikleri J Cardiol* 2003; 16(6):474-81.
4. Fieno DS, Saouaf R, Thomson LE, Abidov A, Friedman JD, Berman DS. Cardiovascular Magnetic Resonance of primary tumors of the heart: A Review *J Cardiovasc Magn Reson* 2006;8(6):839-53.
5. Ergünes K, Yetkin U, Yılık L, Tetik Ö, Lafçı B, Özdemir T, et al. [Our diagnostic and surgical therapy modalities in cardiac myxomas]. *Turkiye Klinikleri J Cardiovascular Surgery* 2003;4(2):61-7.
6. Gulati G, Sharma S, Kothari SS, Juneja R, Saxena A, Talwar KK. Comparison of Echo and MRI in the imaging evaluation of intracardiac masses. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27(5):459-69.
7. O'Donnell DH, Abbara S, Chaithiraphan V, Yared K, Killeen RP, Cury RC, et al. Cardiac tumors: optimal cardiac MR sequences and spectrum of imaging appearances. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193(2):377-87.
8. Abad C, de Varona S, Limeres MA, Morales J, Marrero J. Resection of a left atrial hemangioma. Report of a case and overview of the literature on resected cardiac hemangiomas. *Tex Heart Inst J* 2008;35(1):69-72.
9. Kim EY, Choe YH, Sung K, Park SW, Kim JH, Ko YH. Multidetector CT and MR imaging of cardiac tumors. *Korean J Radiol* 2009;10(2): 164-75.