

Kararsız Angina Pektoris Tablosunu Taklit Eden Bir Mesane Feokromositoması Olgusu

PHEOCHROMOCYTOMA OF THE BLADDER: VENTRICULAR BIGEMINY FOLLOWING MICTURITION

Ali Serdar FAK*, Hakan TEZCAN*, Refik ERDİM**,
Dilek GOGAS***, Levent TÜRKERİ****, Ahmet OKTAY*****

* Yrd.Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD,
** Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD,
*** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye AD,
**** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD,
***** Prof.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, İSTANBUL

Özet

Elli yedi yaşında kadın anginal tipte göğüs ağrısı ile acil servisimize başvurdu. İlk muayenesinde kan basıncı yüksek olan hasta, elektrokardiyogramında koroner iskemiyile uyumlu olabilecek bulgular saptanması üzerine kararsız angina pektoris öntanısıyla koroner bakım ünitesine yatırıldı. Kan basıncının normale dönmesiyle göğüs ağrısı geçen hastada idrar yapmayı izleyerek göğüs ağrısı, terleme ve çarpıntı ataklarının tekrarladığı farkedildi. Bu atakları sırasında bigemine ventriküler erken atımlardan oluşan uzun süreli aritmik episodlar gözlemlendi. Feokromositoma şüphesiyle yapılan tetkiklerde idrarda vanilmandilik asit düzeyi yüksek bulundu ve yapılan abdominal ve pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde sürrenal bezde ve mesane duvarında iki ayrı kitle saptandı. Mesaneden çıkartılan kitle paraganglioma, surrenalden çıkartılan kitle ise hiperplazik sürrenal dokusu tanıları aldı. Her iki kitlenin de eksizyonu sonrası kan basıncı normale döndü, antihipertansif ilaçları kesildi; EKG'deki patolojik bulgular belirgin olarak geriledi. Mesane feokromositoması idrar yapmayla ilişkili olarak semptomlara neden olmaktadır; bunun yanı sıra feokromositoma ataklarının kararsız angina pektoris taklit etmesi hastalığın çok değişik tablolarla kendini gösterebileceğinin bir diğer kanıtıdır.

Anahtar Kelimeler: Feokromositoma, kararsız angina

T Klin Tıp Bilimleri 2002, 22:59-62

Summary

A 57-year-old woman presented with rest angina and was found to have inverted T waves in precordial leads. The patient was noticed to experience chest pain, palpitation; and develop ventricular bigeminy that lasted for approximately 20 minutes after micturition. Urinary 24-hour vanillylmandelic acid level was found to be increased; and magnetic resonance imaging disclosed two masses in right adrenal mass and urinary bladder. The masses were removed. The pathological examination disclosed paraganglioma and adrenal hyperplasia for the bladder and the adrenal masses, respectively. Coronary angiography disclosed normal coronary arteries. This case mimicking an acute coronary syndrome and developing ventricular bigeminy during the attacks represents the wide variety clinical pictures in pheochromocytoma.

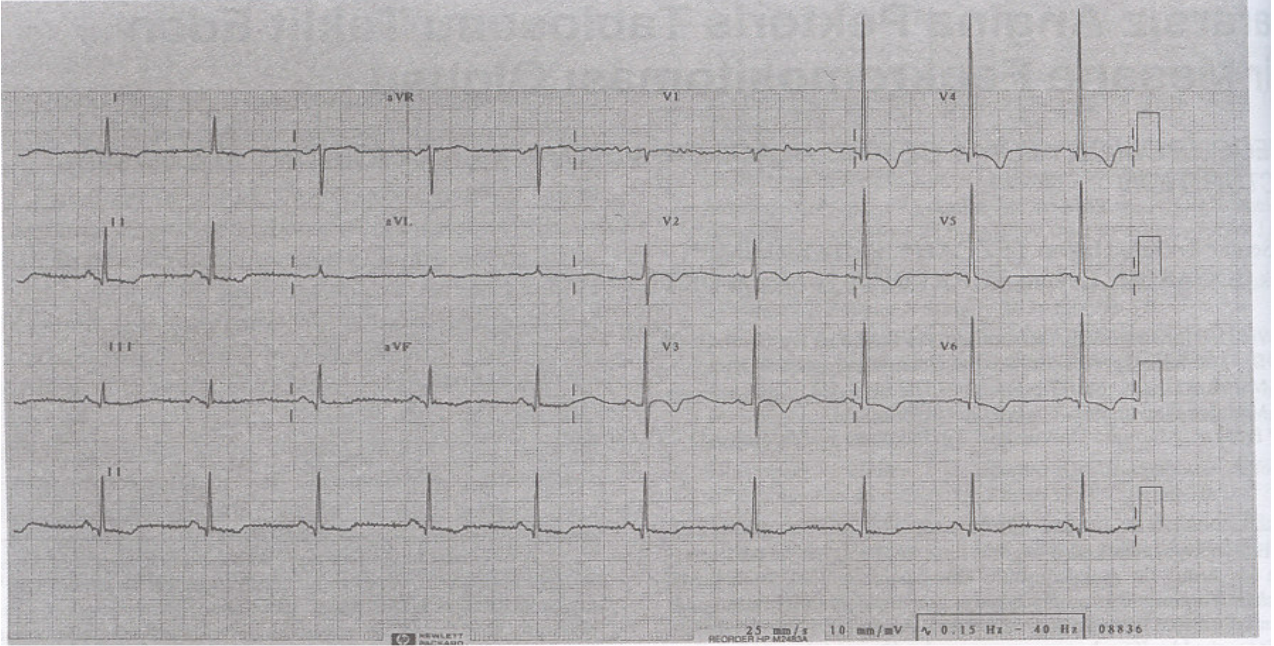
Key Words: Pheochromocytoma, Unstable angina pectoris

T Klin J Med Sci 2002, 22:59-62

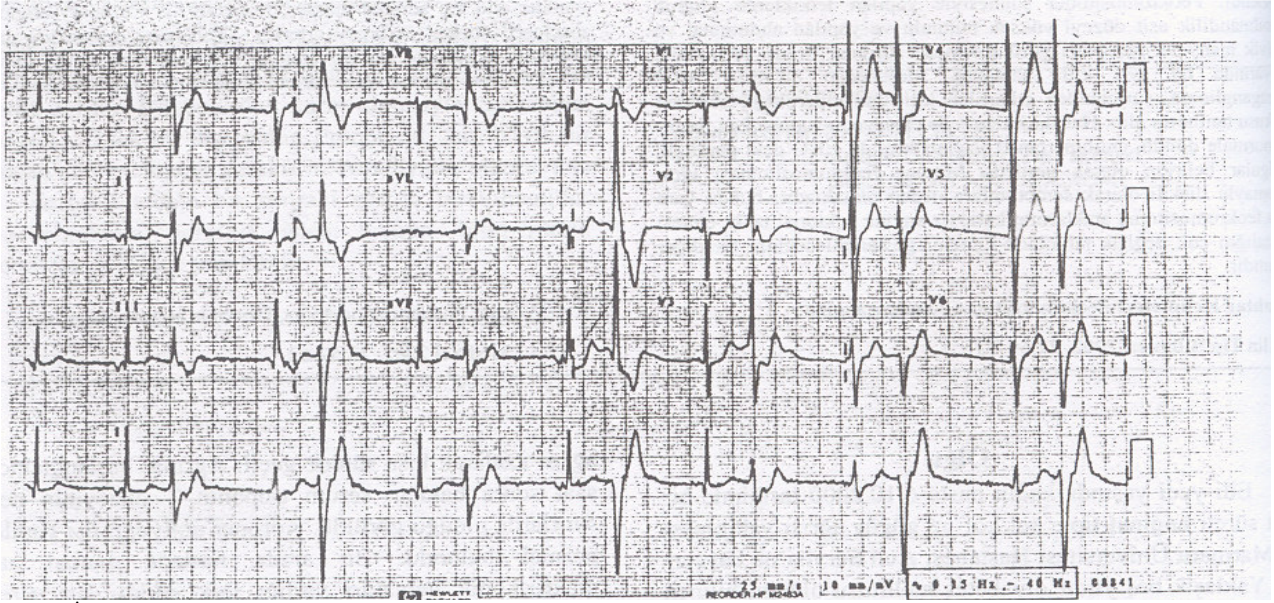
Olgu

Elli yedi yaşında kadın hasta 6.10.2000 tarihinde bir saat süreli anginal tipte sol kol ve göğüs ağrısı yakınması ile Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvurdu. Yaklaşık beş yıldır diyabetes mellitusu olduğu bilinen hastanın yapılan ilk fizik incelemesinde kan basıncının yüksek olması (170 / 100 mmHg) dışında bir özellik saptanmadı. Yüzeysel elektrokardiyogramda (EKG) yüksek voltaj ölçütlerine uygun QRS kompleksleri ve standart derivasyonlarda asimetrik; prekordiyal derivasyonlarda ise simetrik ve belirgin olmak üzere negatif T dalgaları gözlemlenmekteydi (Şekil 1). Klinik tablo ve EKG bulguları doğrultusunda hasta hipertansif kalp hastalığı ve olası kararsız angina pektoris ön tanısıyla koroner bakım ünitesine alındı. Beta bloker, aspirin ve intravenöz nitroglicerinin tedavisi başlandı. Kan basıncı

normale döndü ve göğüs ağrısı azalarak kısa sürede geçti. Ağrının başlangıcından 4 saat sonra bakılan serum troponin T düzeyinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Koroner anjiyografisi yapıldı ve normal bulundu. Bu arada hastada zaman zaman makroskopik hematurisi varlığı fark edildi. Bir süre hiç göğüs ağrısı olmayan hastanın aynı akşam ve ertesi gün idrar yaptıktan hemen sonra sistolik kan basıncının 200 mmHg'nın, diyastolik kan basıncının da 120 mmHg'nın üzerine çıktığı, birlikte çarpıntı hissi, göğüs ağrısı ve terleme olduğu gözlemlendi. Çekilen EKG'de bigemine ventriküler erken atımlar saptandı (Şekil 2). Öyküsü derinleştirildiğinde idrar yapma sonrası benzer ataklarının yaklaşık yirmi yıldır olageldiği anlaşıldı. Bunun üzerine feokromositoma olasılığı düşünülerek beta bloker tedavisi kesildi ve idrarda katekolamin yıkım ürünlerinin ölçümünü sağlıklı gerçekleştirmek amacıyla kalsiyum



Şekil 1. Hastanın geliş elektrokardiyogramı. Artmış QRS voltajı ve özellikle prekordiyal derivasyonlarda simetrik, negatif T dalgaları dikkat çekmekte.



Şekil 2. İdrar yaptıktan sonra ortaya çıkan göğüs ağrısı, terleme ve çarpıntı atakları sırasında çekilen elektrokardiyogram. Sinüs ritmi zemininde bigemine ventriküler erken atımlar gözlenmekte.

antagonisti başlandı ve yüksek doza titre edildi. Bu tedaviye karşın hipertansif atakları bir kaç kez tekrarladı. Üç gün sonra bakılan idrar vanilmandilik asit düzeyi yüksek bulundu (17.4 mg/gün; normali 1.9-9.8 mg/gün). Olası bir sürrenal kitleyi görüntülemek için abdominal manyetik rezonans inceleme (MRI) yapıldı ve sağ sürrenal bez içinde 25 x 18 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, ve

sınırları belirli bir lezyon görüntüledi. Ayrıca yapılan pelvik MRI'de mesane sol posterolateral duvarında 40 x 35 x 30 mm boyutlu kitle bulundu (Şekil 3). Kitlenin mesane boşluğuna doğru sarktığı ve kontrast madde ile opaklaştığı gözlemlendi. Hastaya oral alfa ve beta bloker tedavisi başlandı, ve yüksek dozlara titre edilerek kan basıncı kontrol altına alındı. Bu tedavi altında yeni bir hipertansif atağı olmadı.



Şekil 3. Pelvik manyetik rezonans görüntülemesi. Mesane sol posterolateral duvarında, mesane boşluğuna sarkan kitle görülmekte.

Hasta MEN II a ve II b sendromları ve malign feokromositoma açısından tarandı, ancak bu yönde bir bulgu elde edilemedi. Bu yöndeki aile öyküsü negatif idi. Alfa ve beta blokaj altında opere edilen hastada surrenal kitle ve mesanedeki kitle eksize edildi. Mesaneden çıkartılan kitle paraganglioma, surrealden çıkartılan kitle hiperplazi doku tanımlarını aldı. Operasyon sonrası kan basıncı normal sınırlarda seyretti ve antihipertansif tedavi kesildi. Operasyon sonrası bakılan idrar vanil mandelik asit düzeyi 6.4 mg/gün bulundu. Elektrokardiyogramdaki simetrik, negatif T dalgaları belirgin olarak normale doğru geriledi (Şekil 4). Kan glukoz düzeyinin normal sınırlarda seyretmesi üzerine antidiyabetik tedavisi de sonlandırıldı. Erken postoperatuar dönemde sol akciğer lobunda ateletazi ve pnömoni gelişen hasta bir süre mekanik ventilatör tedavisi aldı ve daha sonra iyi durumda taburcu edildi.

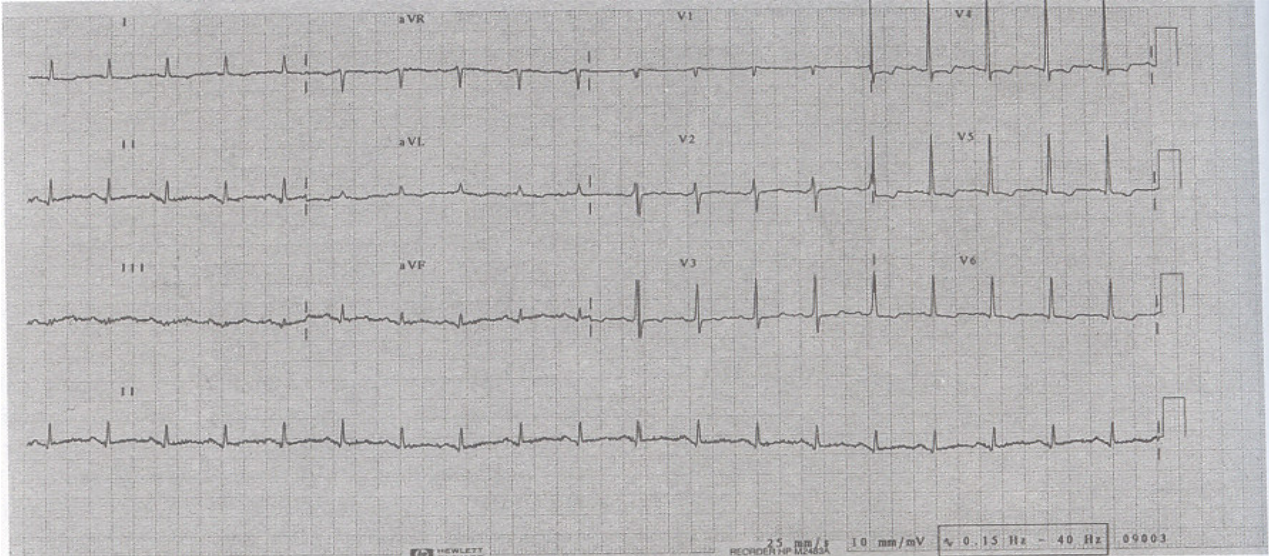
Tartışma

Feokromositomaların nöroektodermal dokunun kromaffin hücrelerinden kaynaklanan ve katekolamin salgılayan tümörler olduğu bilinmektedir. Çoğunlukla adrenal bezlerden ya da sempatik ganglionlardan gelişen bu tümörler vücutta kafa içinden mesaneye, prostat bezinden genital oranlara dek çok değişik yerleşimlerde ortaya çıkabilmektedirler (1). Olguların % 90'ı surrenal bezden kaynaklanırken, % 10'u surrenal bez dışından gelişmekte; yine olguların % 10'u malign özellik taşımaktadır (2). Bu tümörler değişik oranlarda adrenalın, noradrenalin ve dopamin salgılayabilmekte ve hormon salgısı episodik (aralıklı) olabileceği gibi sürekli nitelik de

taşıyabilmektedir (2). Sistemik hipertansiyon olgularının çok az bir kısmından (yaklaşık %0.1-0.2) feokromositomaların sorumlu oldukları bilinmekle birlikte, postmortem çalışmalara göre feokromositomalı hastaların aslında %50 ile 75'inde antemortem klinik tanının konamadığı anlaşılmıştır (2). Feokromositoma tanısı 24 saatlik idrarda katekolamin yıkım ürünleri olan vanil mandelik asit, metanefrin ve normetanefrin atılımının ya da plazmada epinefrin ve norepinefrin düzeyinin ölçülmesiyle konabilmektedir (1). Tümörün anatomik yerleşimi bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme ile saptanabileceği gibi, metaiodobenzil guanidin sintigrafisiyle de saptanabilmektedir (2).

Feokromositomalarda oldukça çeşitli klinik tablolar gelişebilmektedir. Semptomların kısmen salgılanan katekolaminin çeşidine ve kısmen de tümörün yerleşim yerine bağlı olarak çeşitlilik gösterdiği söylenebilir. Her ne kadar aralıklı çarpıntı, terleme ve baş ağrısı en sık rastlanan semptomoloji triadı olsa da anksiyete, halsizlik, sırt ve göğüs ağrıları da görülebilmekte ve 60 yaşın üzerindeki kişilerde semptomların daha hafif olduğu bilinmektedir. Kan basıncı yüksekliği olguların yarısında sürekli, %40'ında aralıklı olarak görülürken; yaklaşık %10 olgudaysa normal sınırlarda seyretmektedir. Diğer taraftan hipotansiyon ve taşikardi atağı ile başvuran bir feokromositoma olgusundan da söz edilmiştir (3). Kan basıncındaki dalgalanmaların yanı sıra, olguların dirençli kalp yetmezliği (4) ve kardiyomiyopati (5) tablolarıyla; taşiaritmi (6) ve bradikardi-presenkop (7) ataklarıyla başvurabileceği bildirilmiştir. Sunduğumuz olguda da anginal tipte göğüs ağrısı ve sol ventrikül hipertrofiyle birlikte miyokard iskemisi düşündürecek EKG bulguları bulunmaktadır. Bu haliyle olgu başvuru itibarıyla, kararsız angina pektoris taklit etmektedir. Hastanın koroner anjiyografisinin normal oluşu eşlik eden bir koroner arter hastalığı tanısını pek olası kılmamaktadır. Bu durumda göğüs ağrısının artmış kan basıncına ve sol ventrikül hipertrofisine bağlı olarak gelişebilecek göreceli iskemiden kaynaklandığı düşünülebilir. Olgumuzda anginal tipte göğüs ağrısı ve koroner iskemi düşündürecek EKG bulguları feokromositomanın değişik bir başvuru tablosu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mesaneden kaynaklanan feokromositomaların oldukça seyrek olduğu ve olguların ancak %1'ini oluşturduğu bildirilmiştir (8). Miksiyon sonrası semptomlar mesaneden köken alan feokromositoma olgularının %47-77 arasında görülmektedir. Olguların yaklaşık yarısında da hematüriye rastlanmaktadır. Olgumuzda koroner bakım ünitesinde yattığı sırada hemen her miksiyon sonrası kan basıncının yükselmesiyle birlikte terlemenin olması ve göğüs ağrısının tekrarlaması dikkat çekicidir. Buna ek olarak miksiyon sonrası gelişen ve yaklaşık yarım saat süren bigemine ventriküler erken



Şekil 4. Hastanın operasyon sonrası çekilen elektrokardiyogramı. Yüksek voltajın azaldığı ve T dalgası negatifliğinin gerilediği göze çarpmakta.

atımlar da ilginç bir özellik oluşturmaktadır. Mesane tümörü ön tanısıyla opere edilen ve önceden feokromositoma düşünülmeyen bir olguda ameliyat sırasında ani hipertansif krizlerin ve taşiaritmi ataklarının ortaya çıktığı bildirilmiştir (9). Bu durum feokromositoma olasılığının ameliyat öncesinde düşünülmesinin ve gerekli alfa ve beta bloker tedavisinin başlanmış olmasının önemini bir kez daha işaret etmektedir. Olgumuzda feokromositoma düşünülmesinin hemen ardından alfa ve beta bloker tedavi başlanmış ve hasta uygun hidrasyonla ameliyata hazırlanmıştır. Ameliyat sonrası hastanın kan basıncı normale dönmüş, antihipertansif ilaçları kesilmiştir. Diğer yandan kan şekeri normal sınırlarda seyrettiğinden antidiyabetik tedavisi de sonlandırılmıştır.

Sunduğumuz olguda feokromositomanın klinik ve elektrokardiyografik özellikler açısından kararsız angina pektoris taklit etmesi ilginçtir ve benzeri olgularda ayırıcı tanılar arasında feokromositomanın bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra miksiyondan sonra semptomlarla birlikte ortaya çıkan bigemine ventriküler erken atımlar feokromositomada zengin klinik tablo çeşitliliğine işaret etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Samaan NA, Hickey RC, Shutts PE. Diagnosis, localization, and management of pheochromocytoma. *Cancer* 1988;62:2451-60.
2. O'Connor DT. The adrenal medulla, catecholamines, and pheochromocytoma. In Goldman and Bennett ed. *Cecil Textbook of Medicine*. Pennsylvania, Saunders 2000:1257-1262.
3. Sayalı E, Canbakan M, Bahtiyar K, et al. Tachycardia and hypotension attacks as the main symptoms of pheochromocytoma- case report. *Wien Med Wochenschr* 1995;145(14):333-6.

4. Brilakis ES, Young WF Jr, Wilson JW, et al. Reversible catecholamine-induced cardiomyopathy in a heart transplant candidate without persistent or paroxysmal hypertension. *J Heart Lung Transplant* 1999;4:376-80.
5. Jacob JL, da Silveira LC, de Feritas CG, et al. Pheochromocytoma with echocardiographic features of obstructive hypertrophic cardiomyopathy. A case report. *Angiology* 1994;45:985-9.
6. Lydakakis C, Hollinrake K, Lip GY. An unusual cause of palpitations requiring atrioventricular node ablation and pacemaker therapy. *Blood Pressure* 1997;6:368-71.
7. Zweiker R, Tiemann M, Eber B, et al. Bradycardia-related presyncope secondary to pheochromocytoma. *J Intern Med* 1997;242:249-53.
8. Schutz W, Vogel E. Pheochromocytoma of the urinary bladder- a case report and review of the literature. *Urol Int* 1984;39:250-5.
9. Sweester PM, Ohl DA, Thompson NW. Pheochromocytoma of the urinary bladder. *Surgery* 1991;109:677-81.

Geliş Tarihi: 05.01.2001

Yazışma adresi: Dr.Ali Serdar FAK
Marmara Üniversitesi Hastanesi
Kardiyoloji AD,
81190 Altunizade, İSTANBUL