

Koroner Embolizasyonu Sonucu Sol Ventrikül Anevrizması Oluşumuna Sebep Olan Atriyal Miksoma

ATRIAL MYXOMA CAUSING LEFT VENTRICLE ANEURYSM BY CORONARY EMBOLISATION

Kıtay TAŞDEMİR*, M. Halit ANDAÇ**, Hakan CEYRAN***, Alptekin YASIM****

- * Yrd.Doç.Dr.,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi AD, Öğr. Üyesi,
** Doç.Dr.,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi AD, Öğr. Üyesi,
*** Uz.Dr.,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi AD, Öğr. Görevlisi,
**** Araş.Gör.,Dr.Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi AD, KAYSERİ

Özet

Miksomalar primer kalp Hünerleri arasında en yaygın görülen/erindendir. Olguların yaklaşık 2/3 Yi 30-60 yaşları arasındadır ve kadınlarda erkeklere oranla üç kez daha fazla görülür. Miksomalar genellikle endokarddan kaynaklanırlar. Kardiyak kavicilerden %95 sıklıkla atriyumlara lokalize olurlar. Mekanik obstrüksiyon, tromboembolik olaylar, mikro ahse formasyonu, bayılma ve ani ölümler miksomalının potansiyel kounplikasyonları arasındadır. Bu nedenle miksomalar tanı konulduğunda cerrahi olarak tedavi edilmelidirler.

Bu çalışmada, miksomanın neden olduğu bir eubolizasyon sonucu gelişen koroner tıkanıklık ile buna bağlı oluşan sol ventrikül anevrizması ve peri/erik arteriyel emboli nedeniyle operasyona alınan 26 yaşında bir hayvan olgu literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Miksoma, Myokardiyal enfarktüs, Emboli

T Klin Kardiyoloji 1998, 11:31-34

Olgu Sunumu

26 yaşında bir bayan hasta 28.5.1995 tarihinde göğüs ağrısı, çarpıntı, her iki bacağında ve sağ üst ekstremitesinde soğukluk ve his kaybı yakmalanyla üniversitemiz hastanesine başvurdu. Hastanın sorgulamasında bir ay önce göğsünde şiddetli bir ağrı olduğu ancak bunun için doktora

Geliş Tarihi: 04 09.1997

Yazışma Adresi: Dr.Kıtay TAŞDEMİR
Sivas Cad. Çıkışı Olgunlar cad.
Anıl Ap. 9/13, KAYSERİ

T Klin.I Cardiol 1998, 11

Summary

Myxomas are one of the primary heart tumours. Most of eases, two-thirds of them are aged 30 to 60, women are liable three times as much as men. They are often found in endocardium, cardiac cavity and are localised in atriums 95 percent. Wherever they are, they cause mechanical obstructions and tromboembolic complications, microahsces formation, syncope and sudden deaths. For this reason, as soon as myxoma is prognoscd. one must get reach for surgical excision. In this study a female patient of 26 years have been operated and the results have been presented in the light of literature. The patient was suffering from left ventricular aneurysm and urgently applied for treatment of arterial occlusion.

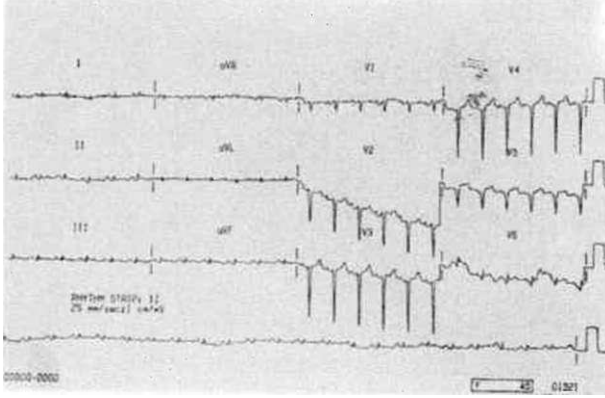
Small bodies situated in the heart may stay there without symptoms. Besides, clinical symptoms and findings vary according to the tumour.

Key Words: Myxoma, Myocardial infarction, Emboli

T Klin J Cardiol 1998, 11:31-34

gitmediği öğrenildi. Yukarıdaki şikayetlerinin ortaya çıkmasından bir gün sonra kliniğimize başvurdu.

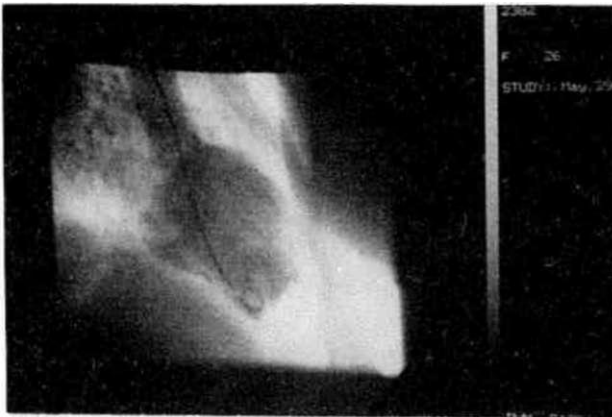
Fizik muayene: Genel durum bozuk, şuur açık, kan basıncı 110/90 mm/Hg, kalp hızı 125/dak., vücut ısısı 36.5 C, baş boyun normal, her iki hemitoraks solunuma eşit katılımlı olduğu gözlemlendi. Oskültasyonda sağ hemitoraksta kreptan railer alınırken, kalp ritmik takikardik ve S2 sert olarak tespit edildi. Sol üst ekstremitte bulguları normalken sağ üst ve her iki alt ekstremitte nabızlarının alınamadığı tespit edildi. Yapılan laboratuvar



Şekil 1. Hastanın geliş ilK< i'si.



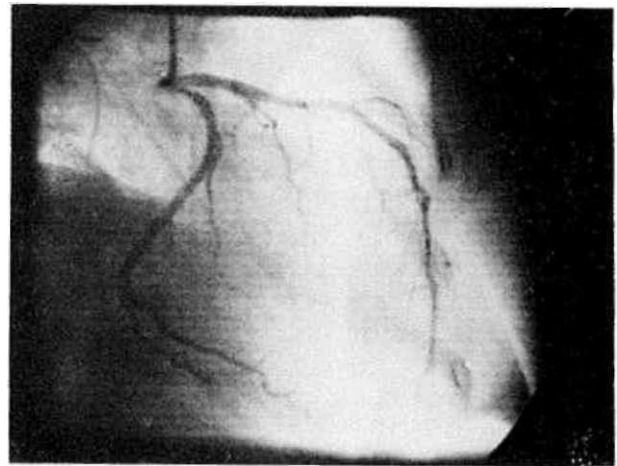
Şekil 2. Hastanın preoperatif Transözofajiyal bkokardiyografisi.

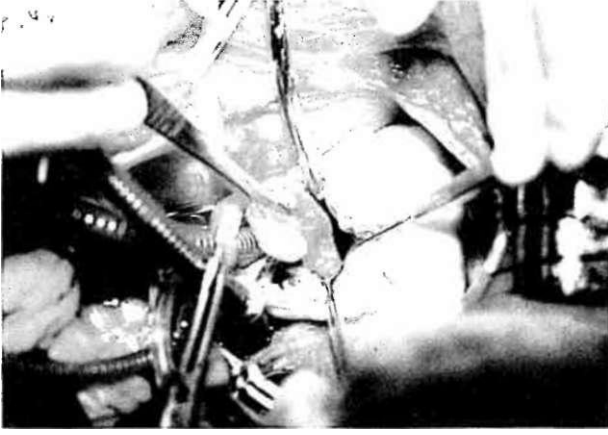


Şekil 3. Hastanın preoperatif ventrikülografisi.

tetiklerinde EKG'de sinüs taşikardisi, V4, V5-V6'da patolojik Q formasyonları mevcuttu (Şekil 1). Biyokimyasal tetkiklerde ise LDH 2645 U, CK 316 U, CKMB 2,20 U, olarak değerlendirildi. Hastaya yapılan Transözofajiyal Ekokardiyografide her iki atriyumda hareketli kitleler, septum hareketlerinde azalma, sol ventrikülde anevrizmatik formasyon ve önemli trikiispt yetmezliği saptandı (Şekil 2). Bu bulguların ışığında ve EKG değişikliklerine bağlı olarak hastanın atriyal kitleye ait tromboembolik komplikasyon sonucu, yeni bir miyokard enfarktüsü geçirdiği düşünülerek acil olarak koroner anjiyografik değerlendirmeye alındı. Anjiyografik değerlendirmede (Şekil 3) koroner arterlerin normal ancak sol ventrikül apeksinin anevrizmatik olduğu ve trombus içerdiği gözlemlendi. Bu durum miyokard enfarktüsü sonucu koroner arterlerin rekanalize olduğu şeklinde yorumlandı. Bu bulgular sonucunda hasta acil olarak operasyona alındı.

Nörolept anestezi altında median sternotomi uygulandı. Selektif venöz kanülasyon ve asenden aorta kanülasyonunu takiben kardiyopulmoner by-pass'a geçildi. Orta derecede hipotermi uygulandı. Kardiyak arrest aortik klemp ve soğuk potasyum İLİ kardiyoplejik solüsyonla sağlandı. Sağ atriyum açıldıktan sonra mevcut kitlenin temizlenmesini takiben, transseptal yolla sol atriyal kitle eksize edildi (Şekil 4). Sol ventrikül anevrizması lineer plikasyon tekniği ile onarıldı. Dekanülasyondan sonra sağ üst ve her iki alt ekstremiteye embolekto-





Şekil 4. İntraoperatif, sol atriyal kitlenin rezeksiyonu.

mi işlemi uygulandıktan sonra hasta yoğun bakıma alındı. Daha sonra düşük kalp debisi sendromu görülen hastaya 7 mg/kg/dak. Dopamin başlandı. Kitlelerin histopatolojik incelemesinde sağ atriyal kitlenin trombüs, sol atriyal kitlenin miksoma olduğu belirlendi.

Tartışma

Miksomalar primer kalp tümörlerinin en sık görülenleridir. Bunlar genellikle potansiyel olarak iyi huylu ve yavaş gelişimlidirler. Sıklıkla erişkinlerde 30 yaş ve üzerinde görülürler. Ancak literatürde üç aylık ile 85 yaş arasında miksoma tanısı alan olgular bildirilmiştir (1 -4).

Miksomaların etiyolojisi hakkında tartışmalar halen devam etmektedir. Bazı otörlere göre miksomalar potansiyel neoplazmlar, bazılarının göre ise organize endokardiyal trombüsler ya da kapağa ait papillomlardır (2). Atriyal lokalizasyonlu miksomalar, sıklıkla sağ atriyumda interatriyal septumun fossa ovalis tabanına tutunmuşlardır. Bu durum subendotelyal hücrelerin yada primitif endotelyal hücrelerin fossa ovalis civarında yaygın olarak bulunmasıyla izah edilebilir (2,5). Sıklıkla görülen semptomlar dispnc, ateş, perikardiyal ağrı ve mekanik obstrüksiyonuna bağlı senkoptur. Bu nedenle teşhis edilmediği durumlarda ya da iyi eksize edilmediği durumlarda obstrüksiyonlara ve embolik komplikasyonlara bağlı olarak fatal seyredebilir.

Sol atriyal miksomalarda embolik komplikasyonlar %64 oranında görülmektedir. Bizim olgumuzda da bu komplikasyon mevcuttu. Olgumuzda periferik emboli sağ üst ekstremité ile her iki alt ekstremitéde vardı. Ayrıca sol ventrikül anevrizmasına sebep olan koroner emboli de mevcuttu. Miksomaların teşhisinde ekokardiyografi genellikle tanı koydurucu olmaktadır. Ancak bizim olgumuzda EKG'de geçirilmiş MI bulgusu olması üzerine anjiyografik olarak değerlendirilmiştir. Kalp kitlelerinin tanısında iki boyutlu transtorasik ekokardiyografi ile transözofajiyal ekokardiyografinin birbirlerine olan üstünlükleri tartışılmaktadır (3,6-9). Bizim olgumuzda her iki atriyumdaki hareketli kitleler her iki tetkikle de değerlendirilmiştir. Biatriyal kitleler sistemik ya da pulmoner emboli sebebi olabilirler. Bu nedenle tanı konulduktan sonra cerrahi tedavi mümkün olan en kısa sürede uygulanmalıdır (7-10). Cerrahi tedavi sırasında kalp en az şekilde manipüle edilmeli, mobil kitlelerin kopmasına imkan verilmemelidir. Operasyonda tümörün total eksize edilmesine çalışılmalıdır. Her iki atriyotomi ile yapılacak biatriyal kitle eksizyonu sıklıkla tercih edilen yöntemdir (10). Ancak biz sağ atriyotomi sonrası mobil kitlelerin eksizyonundan sonra sol atriyal miksomânın transeptal yolla girişimini pedikürünü de çıkarmak amacıyla tercih ettik. Bazı olgularda miksomaya bağlı mitral yetmezliği değişik derecelerde gözlenebilir. Buna neden, kapak ringinin ya da kordaların prolabe olan tümör tarafından travmaya uğratılması gösterilmektedir. Bizim olgumuzda mitral yetmezliği minimal düzeyde mevcuttu. Sonuç olarak miksomalar potansiyel ve fetal olabilecek komplikasyonları nedeniyle acil olarak opere edilmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Chitwood WR. Clarence Crafoord and first succesful resection of a cardiac myxoma. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 997-8.
2. Akçevin A, Hatipoğlu. Kalp Tümörleri (eds) Bozer Y. Kalp hastalıkları ve Cerrahisi, Ayyıldız Matbaası. Ankara, 1985: 925-52.
3. Samdarshi TE, Mahan EF, Nanda N et al. Transesophageal echocardiographic diagnosis of multicentric a left atrial tumour. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 103:471-4.

4. Erginal PL, Kochamma GS, [Chiris.ro](#) 1. Thecervenkol et al. Atrial myxomas in young children: An Alternative Surgical Approach Ann Thorac Surg 1993; 56:1180-83.
5. Jones DR. Hill RC. Abbott AE et al. Unusual location of an atrial myxoma complicated by a secundum atrial septal defect. Ann Thorac Surg 1993; 55:1252-5.3.
6. Farah MG. Familial cardiac myxoma. A study of relatives of patients with myxoma. Chest 1994; 105:65-8.
7. Mete A, Sancaktar O, Süleymanlar ve ark. Sol atrial mikso- ma ile birlikte Carney Sendromu. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1995;8:70-2.
8. Kaplan LJ, Weiman DS, Vanbecker W et al. Infected biatrial myxomas. Transeusophageal echocardiography- Guided surgical resection 1994; 57:487-9.
9. Özkutkı S. Üzbarias N, Özme S ve ark. Çocuklarda ekokardiyografi ile tanı konulan intrakardiyak trombüsler: Predispozar, ve etyolojik faktörler. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi 1993; 6: 158-63.
10. Rabbani SS. Jokhadar M, Meada R et al. Atrial myxoma: Report of 24 operations using the biatrial approach. Ann Thorac Surg 1994; 58: 483-8.