

# Koroner Arter Cerrahisi Sırasında Karşılaşılan Mediastinal Malign Lenfoma Olgusu

*MEDIASTINAL MALIGNANT LYMPHOMA DETECTED DURING CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY: ORIGINAL IMAGE*

Dr. Mustafa Bilge ERDOĞAN,<sup>a</sup> Dr. Cemil Cahit ÖĞÜTMEN,<sup>a</sup> Dr. Bülent KISACIKOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Sani Konukoğlu Tıp Merkezi, GAZİANTEP

**M**ediastinal tümörler çok defa benign karakterlidir. %20-40'ın da malign karakter görülmektedir.<sup>1</sup> Literatürde mediastinal lezyonlar arasında en çok görülenler timik ve nörojenik kökenli lezyonlardır.<sup>2</sup> Lenfomalar immün sistemin malign tümörleri olup lenfoid doku hücrelerinin proliferasyonu ile karakterizedirler. Koroner arter cerrahisi sırasında mediastinal tümör görülmesi nadir görülen bir durumdur. Kombine bir yaklaşımla koroner arter cerrahisini takiben kitlenin total çıkarılması hastanın postoperatif mortalite ve morbiditesi açısından son derece önemlidir.

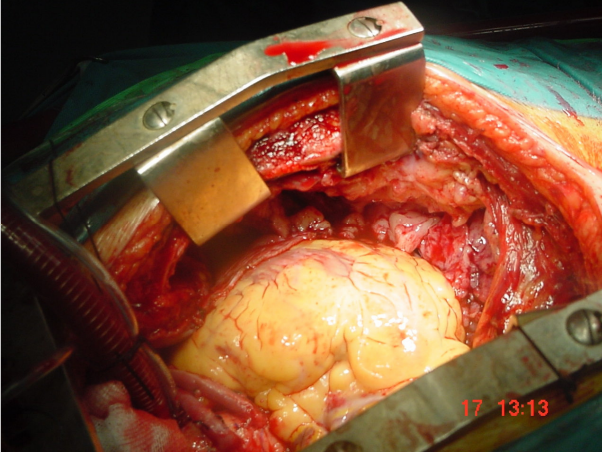
Altmış üç yaşında kadın hasta hastanemiz acil servisine yaklaşık 1 saattir olan göğüs ağrısı ve terleme şikayeti ile başvurdu. Çekilen EKG'de anterior derivasyonlarda ST depresyonu saptanması üzerine, hasta akut koroner sendrom tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine alınarak tıbbi tedaviye başlandı. Hastanın gönderilen kardiak enzimleri normal geldi. Tüm tıbbi tedaviye rağmen klinik semptomları ve EKG değişikliği devam eden hasta 4. saatte koroner anjiyografiye alındı. Sol ön inen arter (LAD) ve sirkumfleks (CX) arter proksimal, sağ koroner arterde (RCA) ise gövdede kritik darlık tespit edildi. Venrikülografide hastanın sol ventrikül fonksiyonlarının normal olduğu görüldü

Tüm tıbbi tedaviye rağmen göğüs ağrısı ve buna eşlik eden ciddi EKG değişikliğinin devam etmesi ve hastanın miyokard infarktüsü geçirmemiş olması göz önünde bulundurularak, hastaya acil koroner bypass cerrahisi endikasyonu konuldu. Hastaneye gelişi sonrası 6. saatte cerrahiye alınan hasta, klasik median sternotomi uygulanarak operasyona başlandı. Hastada anterior mediastende başlayıp sol toraksa yayılım gösteren sınırları çevre dokulardan kesin ayrılamayan kitle gözlemlendi (Resim 1). Kitlenin sol internal torasik arterin 1/3 distal segmentine yapışık olması nedeniyle hastaya internal torasik arter kullanılmadı. İlk aşamada perikard diyafragmatik yüze kadar serbestleştirilerek açıldı. Aorta-atrial kanülasyon yapılarak kardiyopulmoner bypass sağlandı. Aortaya kros klemp konulup kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlanmasının ardından sırasıyla RCA, CX, ve LAD'ye safen ven kullanılarak anastomozlar yapıldı. Kros klempin kaldırılıp proksimal anastomozlar yapılmasını takiben sorunsuz pompadan çıkıldı. Makroskopik görünümü malign karakter düşündürülen kitleye hastanemizde patoloji kliniği olmaması nedeniyle intraoperatif tanı koyma şansımız olmadı. Ancak kitlenin malign olduğu düşünülerek eşzamanlı çıkarılmasına karar verildi. Sol toraksa yayılım gösteren kitle makroskopik olarak totale yakın eksize edildi (Resim 2). Kitlenin komşuluğundaki perikard dokusu sol laterale doğru frenik sinire kadar olan kısım eksize edildi. Kitlenin sol toraks içinde akciğer dokusu ile bağlantısı veya akciğer dokusunda makroskopik ek bir kitleye rastlanmamıştır. Sol toraksa olan yayılımın

Geliş Tarihi/Received: 05.04.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 28.06.2005

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Mustafa Bilge ERDOĞAN  
Sani Konukoğlu Tıp Merkezi  
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, GAZİANTEP  
erdoganm2001@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri



**Resim 1.** Tümörün rezeksiyon öncesi görünümü.

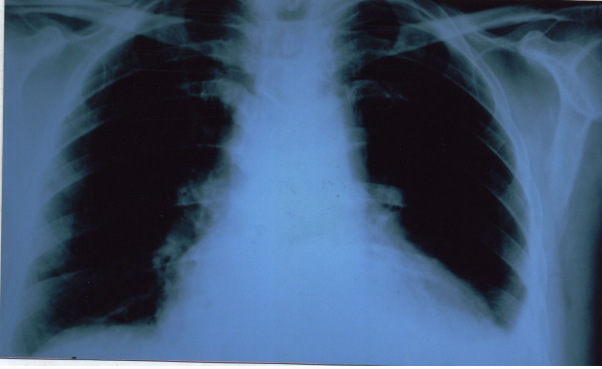


**Resim 2.** Çıkarılan tümörün makroskopik görünümü.

sternum alt 1/3 parçasında yaklaşık 4-5 cm'lik lateral endotorasik bölgeye doğru olduğu görülmüştür. Buradaki rezeksiyon maksimal yapılmaya çalışılmış, özellikle tümörün çevresindeki makroskopik olarak normal dokular görülene kadar eksizyon yapılmıştır. Yapılan tüm rezeksiyona rağmen rezidüel tümör dokusu bırakılmadığına dair emin olunamamıştır. Kanama kontrolünü takiben sternum ve sol toraksa birer adet dren konularak hasta anatomik planda kapatıldı. Postoperatif sorun yaşamayan hasta 2. günde drenleri çekilerek yoğun bakımdan çıkarıldı, postoperatif 6. günde taburcu edildi. Gönderilen kitlenin histopatolojik incelemesinde diffüz mikst (küçük büyük) B-hüc-

reli lenfoma (Working formülasyonuna göre intermedier grade) gelmesi üzerine hasta onkoloji servisi olan bir hastaneye sonraki tedavisinin planlanması için yönlendirildi. Postoperatif 2. ayda hastaya telefon ile ulaşıldı. Ek bir cerrahi girişim uygulanmayan hastanın halen kemoterapi tedavisi aldığı sözel olarak öğrenildi.

Günümüzde koroner arter cerrahisi kardiyolojik tanı yöntemlerinin yaygınlaşması ile daha sık ve ileri yaşlarda da uygulanabilir hale gelmiştir. Bunun yanında acil koroner arter cerrahisi giderek daha çok hastaya uygulanmaya başlamıştır. Mediastinal tümörlerin yaklaşık %60'ı benign karakterde olmasına rağmen yaş ilerledikçe malignite insidansı artmaktadır.<sup>1</sup> Mediasten tümörlerinde semptomlar primer lezyonlara ve lokalizasyonuna göre farklılıklar gösterebilir. Olguların yaklaşık 2/3'ünde semptomlar ortaya çıkar. Ayrıca ön ve orta mediastendeki lezyonlar daha çok semptom verirler.<sup>3</sup> Lenfomada ateş, halsizlik gibi sistemik semptomlar da görülür. Literatürde semptom ile malignite potansiyelinin doğru orantılı olduğu belirtilmektedir.<sup>4</sup> Bizim olgumuzun anamnezine bakıldığında hasta asemptomatik gruba girmektedir. Mediastinal lezyonların tanısında hikaye ve semptomlar dikkatli olarak değerlendirilmelidir. Olguların %97'sinde tanı direkt ve lateral toraks radyografileri ile konabilir. Bizim olgumuzda lateral toraks grafisi çekilmemiş olması preoperatif tanıdan uzaklaştırmıştır. Kolay ve ucuz bir yöntem olan lateral toraks grafisinin, koroner bypass cerrahisi düşünülen hastalarda rutin çekilmesi asemptomatik olabilecek mediastinal patolojilerde aydınlatıcı olacaktır. Kitlenin yapısının, lokalizasyonunun, çevre dokularla ilişkisinin ve invazyonun varlığını daha iyi değerlendirmek için preoperatif dönemde BT ve MR'den faydalanılır.<sup>5</sup> Bizim olgumuzun preoperatif PA Akciğer grafisinde (Resim 3) minimal mediastinal hiler dolgunluk görülmesine karşın kardiyak yönden stabil olmaması acil operasyon gerekmesi nedeniyle ileri tetkik (BT, MR) yapılamamıştır. Mediastinal kitlelerin tedavisinde cerrahi yöntemler ön plandadır. Tümör veya kistin kesin histopatolojik tanısını operasyondan önce koymak genellikle mümkün olmaz. Yerleşim yerine göre cerrahi girişim uygulanır. Böyle-



**Resim 3.** Preoperatif PA akciğer grafisi.

ce hem kesin tanı konulur, hem de rezeksiyon yapılır. Rezeksiyonun durumuna ve histopatolojik tanıya göre ek olarak adjuvant tedaviler planlanmalıdır.<sup>5</sup> Mediastene invaze olan bazı lezyonlarda komplet rezeksiyon yapılabildiği takdirde yaşam süresinin uzadığı bildirilmektedir. Bizim olgumuzda kitle makroskopik olarak totale yakın olarak çıkarılabildiği görülmüştür. Kardiyak cerrahi sırasında mediastinal tümörlerle karşılaşılabilir, kombine bir yaklaşımla kitlenin total çıkarımı ileri tanı ve tedavi için çok önemlidir. Kardiyak cerrahi sırasında karşılaşılan sürpriz mediastinal kitlelerde yapılan geniş rezeksiyona rağmen, preoperatif lokal yayılım ve organ metastazlarının bilinmemesi,

si, intraoperatif cerrahi strateji ve postoperatif tedavi protokolünü olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle preoperatif tanı konulabilen mediastinal kitesi olan hastalarda, girişimin intraoperatif destek alınabilecek patoloji ve postoperatif takip edecek onkoloji kliniği olan merkezlerde yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyoruz. Tüm tanı yöntemlerine karşın tanı konulamayıp, intraoperatif tespit edilen mediastinal kitlelerde, hasta yaşam beklentisinin büyük ölçüde yapılan komplet rezeksiyona bağlı olduğu unutulmamalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DC, et al. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: Recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg* 1987;44:229-37.
2. Akal M, Özdemir N, Ökten, et al. Mediastinal Kitleler (344 Olguluk Serinin Retrospektif Analizi). *Ankara: Tıp Mecmuası* 1995;48:233-42.
3. Strollo DC, Christenson MLR, Jett JR. Primary mediastinal tumors (Part 1). *Tumors of the anterior mediastinum*. *Chest* 1997;112:511-22.
4. Lee MN. The Malignant Lymphomas. In: Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 12<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Inc; 1991. p.1599-612.
5. Bacha EA, Chapelier AR, Macchiarini P, et al. Surgery for invasive primary mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 1998;66:234-9.