

## Kalpteki 'Fetüs': Bir miksuma olgusu

### 'Foetus' in Heart: A case of myxoma

Murat Yüksel<sup>1</sup>, Ahmet Çalışkan<sup>2</sup>, Hekim Karapınar<sup>3</sup>, Zekeriya Kaya<sup>4</sup>, Hasan Kaya<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Malatya Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Malatya

<sup>2</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

<sup>3</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Kliniği, Sivas, Türkiye

<sup>4</sup> Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>5</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

#### ÖZET

Erişkin yaş grubunda en sık rastlanan primer kardiyak tümör olan miksomalar patolojik olarak iyi huylu kitlelerdir. Miksomalı hastalar asemptomatik olarak tesadüfen saptanabildiği gibi çok farklı klinik belirti ve bulgularla ortaya çıkabilirler. Bunlardan biri de periferik embolidir. Bu yazıda akut arter embolisi ile başvuran sinüs ritmindeki genç bayan hastada emboli kaynağı olarak tespit edilen ve cerrahi olarak eksize edilen bir miksuma olgusu sunulmaktadır. Miksomanın ekokardiyografik görüntüsü anne karnındaki bir fetüsü andırmasıyla dikkat çekiciydi.

**Anahtar kelimeler:** Miksoma, periferik emboli, ekokardiyografi

#### GİRİŞ

Kalp tümörlerinin %75'inden fazlası iyi huyludur ve kalbin en sık görülen primer tümörü miksomadır.<sup>1</sup> Patolojik olarak selim olmalarına rağmen büyüklükleri nedeniyle darlığa yol açmaları, emboli kaynağı olmaları ile önem kazanırlar. Miksomaların yerleşim yerlerine, büyüklüklerine, kalpte neden oldukları fonksiyonel bozukluklara ve emboli yapıp yapmalarına göre çeşitli klinik prezantasyonları vardır. Bazısı asemptomatik olduğu dönemde başka bir nedenle yapılan ekokardiyografi incelemesinde tesadüfen saptanır. Bu yazıda periferik emboli kaynağı araştırılırken tespit edilen, ekokardiyografik görüntüleri ile "anne karnındaki bir fetüsü" andıran ilginç görümlü dev miksuma olgusunu sunduk.

#### OLGU SUNUMU

Daha önceden herhangi bir hastalığı bulunmayan 36 yaşında bayan hasta hastanemiz kalp ve damar

#### ABSTRACT

The most common primary cardiac tumor in adulthood is myxoma which is a benign mass pathologically. Patients with myxoma may be asymptomatic which are recognized incidentally and also they may be clinically presented with different signs and symptoms one of which is peripheral emboli. In this paper, a case of myxoma which is detected as a source of emboli in a young woman in sinus rhythm admitted with acute arterial occlusion, which is excised surgically is presented. Echocardiographic view of myxoma was remarkable which looks like 'a fetus in uterus.' *J Clin Exp Invest* 2012; 3(2): 300-302

**Key words:** Myxoma, peripheral emboli, echocardiography

cerrahisi bölümüne sağ ayak 2.parmakta ani gelişen solukluk, soğukluk, ağrı ve akabinde morarma şikayetiyle başvurdu. Detaylı sorgulamasında özellikle son bir yıldır belirginleşen NYHA (New York Kalp Cemiyeti) sınıflamasına göre sınıf 2 ile uyumlu olan egzersiz ile gelen nefes darlığı varmış.

Yapılan alt ekstremitte arteryel Doppler incelemesinde sağ ayak 2. digital arter hizasında akım alınamamış. Akut arteryel oklüzyon düşünülerek emboli etyolojisi araştırma amaçlı kardiyoloji kliniğine konsültasyon istenmiş. Hastanın fizik muayenesinde her iki akciğer solunuma eşit katılıyordu ve solunum sesleri doğaldı. Kardiyak oskültasyonda sternum sol kenarında ve apekte belirgin kısa süreli 2-3/6 sistolik üfürüm duyulmaktaydı. Sağ ayak 2.parmağı soluk, dokunmakla ağrılı ve distal 1/3'ü hafif siyanoze görünümdeydi, diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Elektrokardiyografide sinüs ritmi olduğu ve kalp hızının 105 atım/dakika olduğu görüldü. Tam

**Correspondence:** Dr. Murat Yüksel

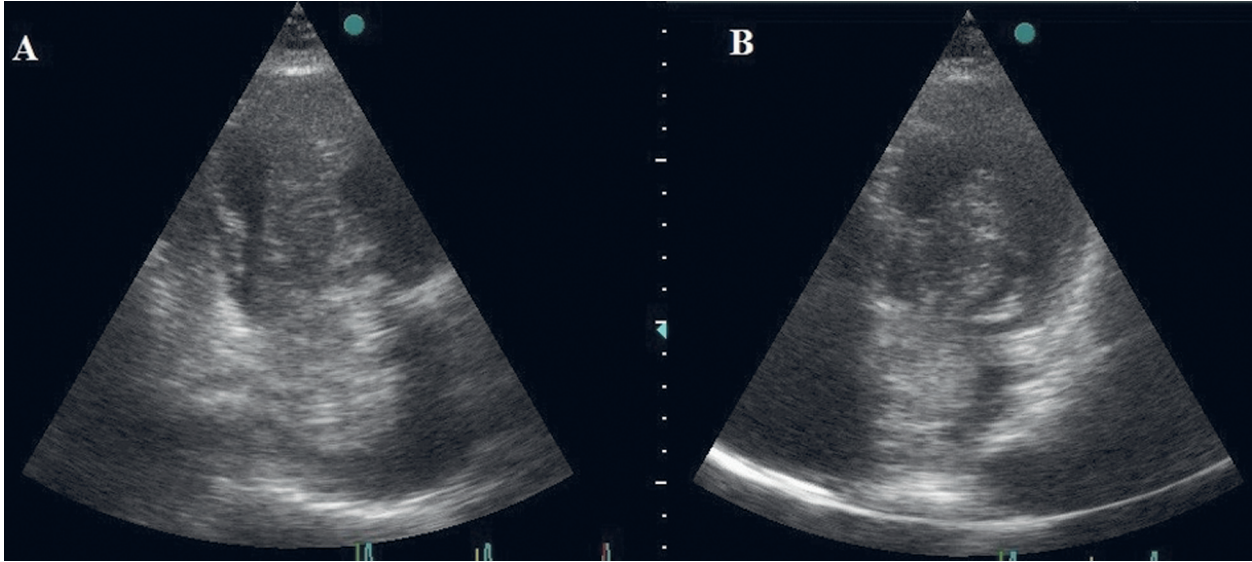
Kardiyoloji Kliniği, Malatya Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye Email: yukselmurat@yahoo.com

Received: 18.12.2011, Accepted: 12.01.2012

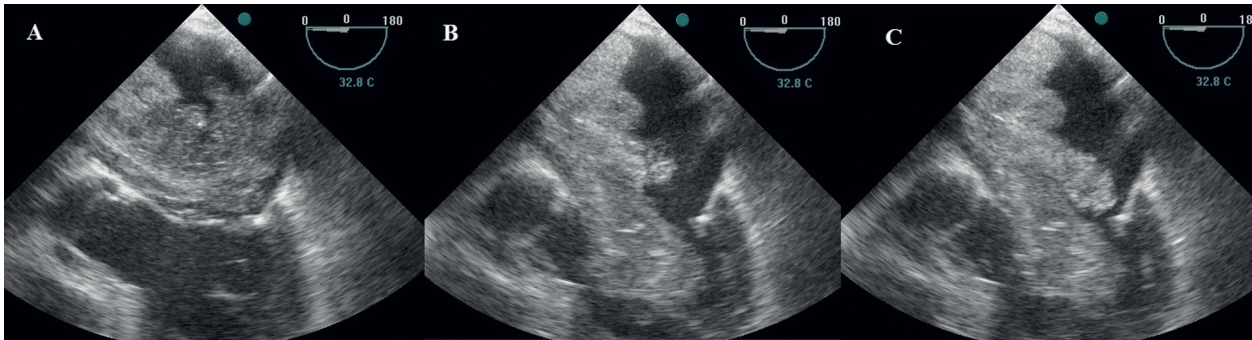
Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2012, All rights reserved

kan sayımında hemoglobin 10.5 g/dl, hematokrit 32, lökosit 12.800/µl, trombosit 280.000/µl idi. Biyokimya analizinde sedimentasyon 44 mm/saat, laktat dehidrogenaz 385 IU/lit (n<190U/lit), CK 320 IU/lit (n<180U/lit), CK-MB isoformu 23 IU/lit (n<25U/lit) idi. Diğer kan analiz değerleri normal sınırlardaydı. Transtorasik ekokardiyografi (TTE)'de sol atriyumda genişleme (Anteroposteriyor çap 4.8 cm) ve sol atriyumun yarıdan fazlasını dolduran, lobüle yapıda ve yüzeyi saçaklı, diyastolde mitral kapaktan sol

ventriküle uzanan kitle izlendi. Kitlenin diyastolde ölçülen boyutları 73x32 mm idi (Resim 1A ve 1B). İleri tetkik için yapılan transözefajiyal ekokardiyografi (TEE)'de aynı kitlenin interatriyal septuma ince bir sapla tutunduğu izlendi. Lobüle yapı ve yüzeyi ince saçaklı idi. Sistolde kendi üzerinde katlanıp diyastolde sol ventriküle doğru uzanmaktaydı. Bu görünümüyle intrauterin bir fetüsü andırmaktaydı (Resim 2A, 2B ve 2C).



**Resim 1A, 1B.** Miksomanın Transtorasik Ekokardiyografide Sırasıyla Modifiye Apikal 4-Boşluk ve Apikal 4-Boşluk Pencereslerdeki Görüntüsü



**Resim 2A, 2B ve 2C.** Miksomanın Transözefajiyal Ekokardiyografide Midözefajiyal Seviyede 0 Derecede Sistol ve Diyastol Sırasındaki Görüntüleri

Hastanın cerrahi öncesi hazırlıkları iki gün içerisinde tamamlanıp operasyona alındı. Medikal tedavi ve antikoagülasyon başlanan hastanın sağ ayak 2.parmağındaki siyanozunun büyük ölçüde kaybolduğu gözlemlendi ve medikal tedaviyle takip edildi. Medyan sternotomi kesisini takiben sol atriyotomi insizyonu ile kitleye ulaşılarak, atriyal septuma tutunduğu bölgeden 5 mm güvenlik sınırıyla birlikte

normal görünümlü septal doku da çıkarılarak eksize edildi, defekt primer kapatıldı. Makroskopik olarak üzerinde irili ufaklı birçok parmaklı çıkıntılara sahip jelatinöz, yumuşak kıvamlı 78x38x30 mm boyutundaki kitlenin patolojik incelemesinde miksoma için tanı koydurucu olan tipik lepidik hücreler görüldü. Cerrahi sonrası embolik bir olay görülmezken erken dönemde atriyal fibrilasyon gelişen hastanın ritmi,

amiodaron infüzyonu sonrası sinüse döndü. Operasyon sonrası 14. günde taburcu edilen hastanın 6. ay ve 1. yıl kontrollerinde nefes darlığı yoktu ve yapılan kontrol TTE'lerde nöks görülmedi.

## TARTIŞMA

Primer kalp tümörleri toplumda son derece nadir rastlanan tümörlerdir ve %75'ten fazlası iyi huyludur.<sup>1</sup> Değişik otopsi serilerinde insidansı %0.001-0.3 arasında bildirilmektedir<sup>3,4</sup> ve bildirilen bu tümörlerin yaklaşık yarısı miksomalardır.<sup>5</sup> Miksomaların %75'i sol atriyum, %15-20'si sağ atriyum, geri kalanı da sol ve sağ ventrikülde eşit oranda yerleşim gösterirler ve sıklıkla yerleştikleri kalp odacığı içinde obstrüksiyon yaparak veya anatomik ilişki içinde olduğu kapakçıkta valvüler disfonksiyona yol açarak hemodinamik semptomlar meydana getirirler. Sol atriyal yerleşimli miksomalar ventriküler doluşu kısıtlayarak/engelleyerek veya fonksiyonel/anatomik mitral darlığa neden olup semptomlara yol açarlar. Özellikle büyük boyutlu miksomalarda konjestif kalp yetmezliği, senkop ve ani kardiyak ölüm riski yüksektir. Nispeten yavaş büyüyen tümörler oldukları için semptomatik olana kadar yıllar geçer. Malekzadeh ve Roberts'in yaptıkları bir çalışmada sol atriyal miksomaların yılda ortama 1,8 cm veya 14 gram büyüdüğü görülmüştür.<sup>6</sup> En sık görülen semptom ise dispne ve senkop olup hastalar çarpıntıyla, sistemik embolilere ait şikayetlerle veya nonspesifik konstitüsyonel semptomlarla da karşımıza çıkabilir. Sistemik embolizasyon ise sol atriyal miksoma olgularının %20'sinde görülür.<sup>7,8</sup> Sistemik emboliler daha sık serebral arterlere olurken bizim vakamızdaki gibi periferik artere emboli de nadir de olsa miksomanın ilk ve tek bulgusu olabilir. Yüzeysel saçaklı, düzensiz, parmakçı çıkıntılı olan veya üzüm salkımını andıran tümörlerde emboli riski düzgün yüzeylilere göre daha yüksektir.<sup>9</sup> Shimono ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada preoperatif beyin tomografisinde serebral infarkt görülme sıklığı oval (düzgün yüzeysel) miksomalarda %12.5 iken, papiller tip miksomalarda %75 bulunmuştur.<sup>10</sup> Miksomalarda görülen sistemik emboliler tümör embolisi veya tümör dokusunun üzerinde oluşan trombüsten kaynaklanan tromboembolilerdir.<sup>9</sup> Sinüs ritminde olan ve sistemik emboliyle karşımıza gelen bir hastada miksomadın mutlaka şüphelenilmeli ve TTE yapılmalıdır.

Miksoma dokusu yumuşak, jelatinöz, ve kolay parçalanabilen (frajil) yapılı oldukları için özellikle bizim vakamızdaki gibi üzüm salkımını andıran, yüzeysel parmakçı çıkıntılar içeren veya saçaklı görünümlü miksomaların cerrahisi sırasında dikkat edilmesi ge-

reken en önemli nokta perioperatif emboliye sebep olunmaması ve nadir olarak görülen multisentrik tümoral yerleşimin gözden kaçırılmaması için kalp boşluklarının dikkatlice incelenmesidir. Bunun için de aortaya kros-klemp konulmadan önce tümoral dokuyu travmatize etmekten dikkatle kaçınılmalıdır. Kitle çıkarıldıktan sonra sol atriyum ve sol ventrikül kavitesinin (transseptal yaklaşımla kitle çıkarıldıysa tüm kalp boşluklarının) birkaç defa izotonik sıvılarla yıkanarak aspire edilmesi, tümör dokusu kalıntısı açısından dikkatle araştırılması, post-operatif dönemde %8-10 civarında bildirilen sistemik emboli komplikasyonundan hastayı korumak için tavsiye edilmektedir.

Sonuç olarak genç ve sinüs ritminde olup sistemik emboli ile karşımıza gelen hastalarda ekokardiyografik inceleme mutlaka en kısa sürede yapılmalı ve trombüs dışı nedenler arasında miksomalar da akla gelmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Cooley DA. Surgical treatment of cardiac neoplasms: 32 year experience. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990;38(1):176-82
2. Selle FW, Lemmer JH, Vanderberg BF, et al. Surgical treatment of cardiac myxomas : long-term results. *Ann Thorac Surg* 1990;50(4):557-61.
3. McAllister HA. Primary tumors of the heart and pericardium. *Curr Probl Cardiol* 1979; 4(1): 1-51.
4. Burke A, Virmani R. Fascicle 16, 3rd series: Tumors of the heart and the great vessels. In: *Atlas of Tumor Pathology*, Washington, DC., Armed Forces Institute of Pathology, 1996
5. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)* 2001;80(1):159-61.
6. Malekzadeh S, Roberts WC. Growth rate of left atrial myxoma. *Am J Cardiol* 1989;64(16):1075-6.
7. Acikel M, Yekeler I, Ates A, Erkut B. A giant left atrial myxoma: an unusual cause of syncope and cerebral emboli. *Int J Cardiol* 2004; 94(3): 325-6.
8. Shavit L, Appelbaum L, Grenader T. Atrial myxoma presenting with total occlusion of the abdominal aorta and multiple peripheral embolism. *Eur J Int Med* 2007;18(1): 74-5.
9. Acebo E, Val-Bernal JF, Gomez-Roman JJ, Revuelta JM. Clinicopathologic study and DNA analysis of 37 cardiac myxomas: A 28 year experience. *Chest* 2003;123(8):1379-83.
10. Shimono T, Makino S, Kanamori Y, Kinoshita T, Yada I. Left atrial myxomas. Using gross anatomic tumor types to determine clinical features and coronary angiographic findings. *Chest* 1995;107(4):674-9.