

BİR OLGU NEDENİYLE KARDİAK MİKSOMALAR*

Mustafa ÇIKIRIKÇIOĞLU, Dinçer AVLAN**, Gültaç ÖZBAY*****

ÖZET

Kardiak miksomalar kalbin en sık görülen primer benign tümörleri olup, genelde kalbin sadece bir boşluğuna (özellikle sol atriuma) yerleşimli gözlenirler. Bilateral atrial yerleşim nadirdir.

Bu makalede ekokardiografi ve bilgisayarlı göğüs tomografisi ile bilateral atrial miksoma teşhisi konulan ve açık kalp operasyonu ile tedavi edilen bir olgu sunulurken, kardiak miksomalar ile ilgili bilgiler gözden geçirilmektedir.

Anahtar Kelime: Atrial miksoma.

SUMMARY

CARDIAC MYXOMA- A CASE REPORT*

Cardiac myxomas are the most common benign tumors of the heart. They usually located to one chamber.

In this paper we report a 22 year old man who admitted to our department with the complaints of hemoptysis. Bilateral atrial myxoma was diagnosed by echocardiography and computerized tomographic examinations. Hemoptysis was found to be due to congestion. The patient was operated on with success and is following for one year.

Key Word: Atrial myxoma.

GİRİŞ

Kardiak miksomalar kalbin primer benign tümörleri içinde en sık rastlanılanları olup, %30-50 oranında görülmektedirler (1, 2, 3, 4). Yapılan bir çalışmada 10.000 otopside üç tanesinde kardiak miksoma gözlenmiştir (5). Lokalizasyon olarak %75 sol atrium (6, 4, 7, 8, 9), %18 sağ

* Bu makale 20-22/Kasım/1991 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen 1. Uluslararası Kardioloji Öğrenci Günleri'nde tebliğ edilmiştir.

** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Stj. Dr. /EDİRNE.

*** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardioloji ABD, Prof. Dr./EDİRNE.

atrium, %4 sol ventrikül, %3 sağ ventrikül yerleşimlidirler (6). Biatrrial yerleşimli miksomalara ise oldukça ender rastlanılmaktadır (6, 3, 8, 9).

Kardiak miksomalar en sık 30-60 yaşları arasında ve kadınlarda gözlenirler (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10).

Olgumuzdaki kardiak miksomanın biatrial ve oldukça büyük boyutlarda olmasından ve ameliyatla miksomanın tabanıyla beraber başarılı bir şekilde çıkarılmasından dolayı sunmayı uygun gördük.

VAKA

22 yaşında erkek hasta, 18/11/1990 tarihinde kanlı balgam çıkarma şikayetli ile acil servisimize başvurdu. Hastamız 12 ve 4 ay önce olmak üzere iki defa daha balgamının kanlı olduğunu ve bunun 1-2 günde kendiliğinden gerilediğini söyledi. Acil servisimizde yapılan ilk dahili muayenesinde oksültasyonda mitral odakta diastolik rulman ve S-4'ün duyulması üzerine hasta 4497 Prot. No. ile hastaneye yatırıldı.

10 yaşında sarılık, 14 yaşında appendektomi geçiren hastanın annesi 30 yaşında bilinmeyen bir kalp hastalığından ölmüş, babası 50 yaşında ve sağlıklıydı. Bir yıl öncesine kadar beş sene boyunca günde yarım paket sigara içiyormuş. Başka bir kötü alışkanlığı yoktu.

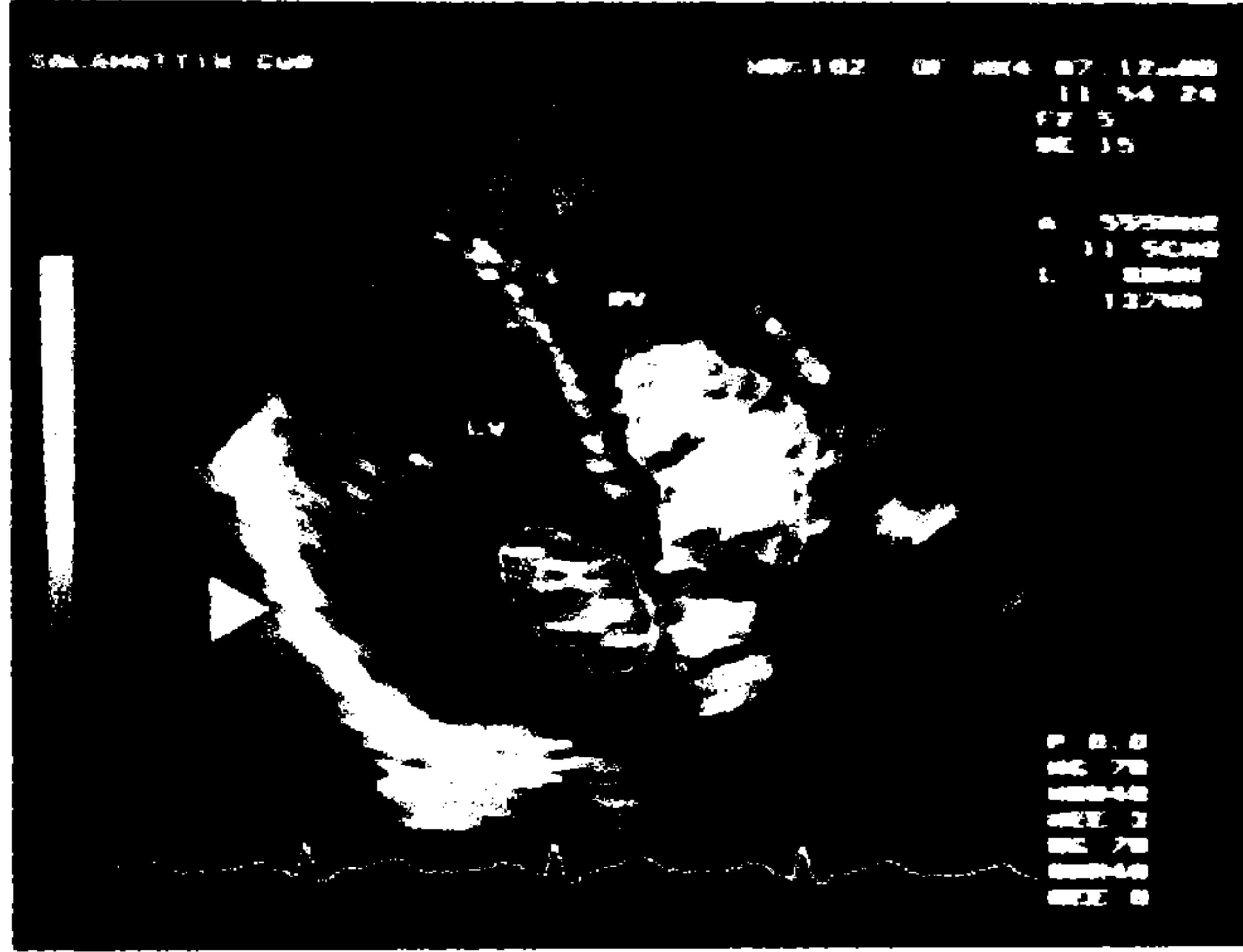
Hastanın fizik muayenesinde bilinç açıktı ve genel görünümü normal idi.

Kardivasüler sistem muayenesinde TA:120/60 mmHg, nabız 112/dk ve ritmik idi. Tüm periferik nabızlar bilateral olarak palpe ediliyordu. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta, midklavikuler hattın 1 cm. solunda palpe ediliyordu. Sol ventrikül aktivitesi (++) , sağ ventrikül aktivitesi (+) idi. Apekte diastolik thrill palpe edildi. Oskültasyonda mitral odakta S-1 sert, 2/6'lık diastolik rulman, 3/6'lık sistolik üfürüm, S-3, opening snap; triküspit odakta 2/6'lık sistolik üfürüm ve S-4 işitildi.

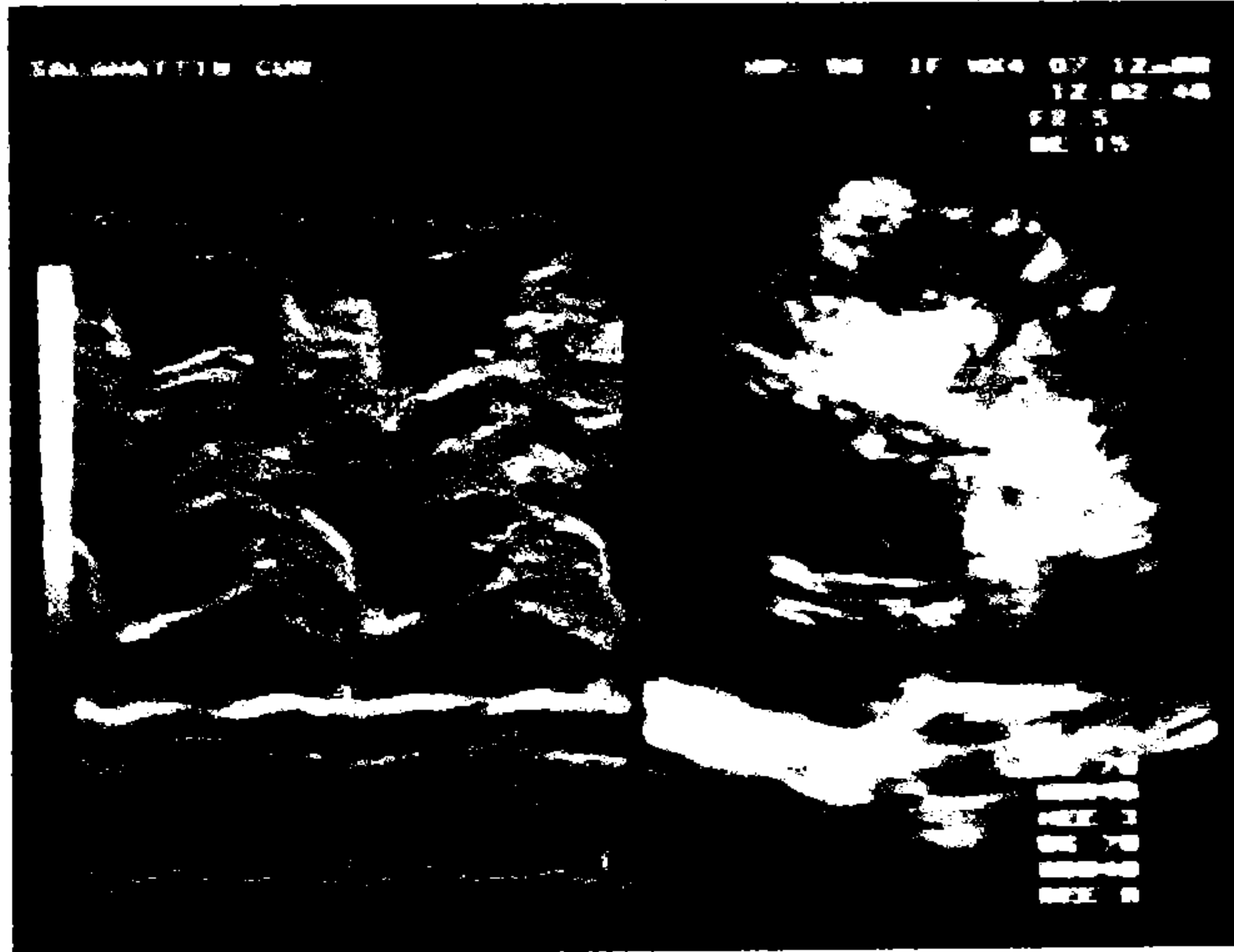
Mikst mitral kapak hastalığı düşünülen hastanın çekilen teleradyografisinde kalp/göğüs oranı 18/33 olup, kalbin konturu sternumu sağa doğru aşıyordu.

EKG'de sinüs ritmi P ve QRS sayısı 110/dk, PR 0.18s idi. Oskültasyon bulgularının zamanla ve pozisyonla değişmesi intrakardiak bir tümörü düşündürdü. Ekokardiografide sağ ve sol atriumda hareketli iki

ayrı kitle saptandı. Her iki kitlenin başlangıcı interatrium septumu olup, heybe görünümünde idiler. Kitleler diastolde ventriküllerin içinde kalp tepesine kadar ulaşıyorlardı, sistolde ise ventrikülleri terk ediyorlardı. Soldaki kitlenin çevresi 89 mm. alanı 5.55 cm²; sağdakinin ise çevresi 137 mm., alanı 11.7 cm² bulundu.



Şekil 1. Mitral ve triküspit kapağı içinden sol ve sağ ventriküller içine girip çıkan miksoma kitleleri görülmektedir.



Şekil 2. M-mode ekokardiografide üstte triküspit, altta mitral kapağı eğrileri görülmektedir. Diyastolde her iki kapak açılırken kapakçıklar arasında hiperekojen miksoma kitleleri görülmektedir.

Saptanan bu bulgulara dayanılarak hastaya bilateral atrial miksoma ön tanısı konuldu. Ayrıca tanıyı desteklemek amacıyla çekilen bilgisayarlı göğüs tomografisinde sol atriuma uyan bölgede artifakt yaratan bir alan saptandı. Bunun kalsifiye atrial miksoma olabileceği belirtildi.

Hastanın rutin hematolojik ve biokimyasal laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon hızı yüksekliği haricinde bir bulgu saptanmadı. Yapılan balgam kültüründe *Citrobacter* üredi.

Yatışında sinüzal taşikardisi olan ve kalp/göğüs oranı 1/2'den büyük olan hastaya digital başlandı. Kalp hızı 110/dk'dan 80/dk indi. Kültür antibiyogram sonucunda etkenin duyarlı olduğu Sefuroksim aksetil ile yapılan on günlük tedavi ile hemoptizi kesildi. Hasta sekonder tromboz olasılığı düşünülerek heparinize edildi ve daha sonra oral anti-koagülana geçildi.

Ocak-1991'de İstanbul Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Merkezinde ameliyat edilen hastanın atrial kitleleri tutundukları interatrium septumu bölümü ile çıkartıldı. PTFE yama ile bu bölge kapatıldı. Ayrıca tümoral kitlelerin etkisiyle zedelenen mitral kapağa Duran ringi implante edildi. Trikuspit kapağa ise De Vega anüloplastisi yapıldı.

Operasyon sonrasında alınan materyalin histopatolojik incelemesi ile tanı doğrulandı. Çıkarılan interatrium septumu bölümü oldukça büyük olmasına karşılık post-op bir ileti bozukluğu ve kapaklarda bir regürjitasyon ve komplikasyon gözlenmedi

TARTIŞMA

Miksomalar en sık 30-60 yaşları arasında görülmektedirler (10, 1, 5, 6, 4, 7). Her yaş grubunda görülmekle beraber 10 yaşın altında literatürde bildirilmiş yalnızca 6 olgu vardır (3). Bazı kaynaklara göre kadınlarda fazla görüldüğü bildirilmesine karşılık (5, 6, 3, 4, 7) bazıları ise her iki cinstede eşit olarak görüldüğünü ileri sürmektedirler (10).

Kardiak miksomaların bazı ailelerde genetik geçiş gösterdiği bildirilmiştir (1, 6, 3, 4). Bu genetik geçiş bazı kaynaklara göre otosomal dominant (1) bazılarına göre ise otosomal resesiftir (3). Genetik geçiş sonucunda ortaya çıkan miksomaların erkeklerde daha fazla görüldüğü ve biatrial olma eğilimleri bildirilmektedir (1, 6). Literatürde toplam aile içi miksoma sayısı 9'dur (3). Bir anne ve üç oğlunda kardiak miksoma gözlenmesi genetik geçişi desteklemektedir (1). Bizim vakamızda da biatrial

tutulunun olması, hastamızın erkek olması ve annesinin 30 yaşında bilinmeyen bir kalp hastalığından ani olarak ölmesi, annede kardiyak miksomayı ve oğluna genetik geçişi akla getirmektedir.

Kalpte çoğunlukla atriumlarda lokalize olan miksomalar, genellikle interatrium septumu üzerinde bulunan fossa ovalis bölgesinden kökenlerini almakla beraber atriumda çeşitli bölgelerden de kaynaklanabilirler (10, 1, 6, 3, 4, 7, 8). Bizim olgumuzda da tümoral kitlelerin köken aldıkları yer interatrium septumu idi.

Kardiyak miksomalar makroskopik olarak saplı ve sapsız olmak üzere ikiye ayrılırlar. Saplı miksomalara daha sık rastlanılmaktadır (11, 1, 6, 3, 7). Bunlar genelde fibrovasküler bir sapla endokarda bağlanmışlardır. Yüzeyleri düz ve parlak olup, nadiren villöz polipoid görünümlü yumuşak tümörlerdir. Sapsız olanlar daha nadir olup, endokarda yapışık bulunurlar. Miksoma zemininden kolaylıkla mural trombuslar gelişebilir. Kardiyak miksomaların çapları ortalama 4-8 cm arasında değişmekle beraber, 1 cm.'den 15 cm.'e kadar çapı olan miksomalarda bildirilmiştir (11, 6, 1, 3). Miksomalar mikroskopik olarak mukopolisakkarit miksoid bir zemin içerisinde yıldızsı miksoma hücreleri, endotelial hücreler, makrofajlar, olgun ve olgunlaşmamış düz kas hücreleri ve kapillerden oluşmaktadırlar (11, 10, 4, 3). Ayrıca miksoma kitleleri kalsifikasyonda içerebilir (3, 7).

Kardiyak miksomaların klinik bulguları tümörün bulunduğu yere göre değişmekle beraber, genel olarak belirtileri sistemik ve kardiyovasküler olmak üzere ikiye ayrılabiliriz (1, 3, 4, 8). Aşağıdaki tabloda miksomaların sistemik ve kardiyovasküler belirtiler görülmektedir.

Sistemik Belirtiler:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Sistemik embolizasyon | 7. Halsizlik |
| 2. Ateş | 8. Hipergammaglobülinemi |
| 3. Kilo kaybı | 9. Anemi veya polisitemi |
| 4. Artralji | 10. Lökositoz |
| 5. Deri döküntüleri | 11. Trombositopeni yada trombositoz |
| 6. Çomak parmak | 12. Ani Ölümler |

Kardiyovasküler Belirtiler:

- | | |
|---|--|
| 1. Göğüs ağrısı | 2. Senkop |
| 3. Konjestif kalp yetmezliği
(sağ ve/veya sol) belirtileri | 4. Valvüler stenoz ve/veya yetmezlik belirtileri |

5. Konstrüktif perikardit
7. Aritmiler
8. İleti bozuklukları
10. Ani Ölümler

6. Kalp tamponadı ve perikardial efüzyon
9. İntrakardiyak şantlar

Sistemik belirtilerin başında emboliler gelmektedir. Sistemik emboliler tümörün sol kalpte bulunması ile yada intrakardiyak şant varlığında sağ kalptaki tümörlerden kaynaklanabilirler. Sistemik embolizasyon tümörden kopan parçalar ya da tümör zemininde oluşan mural trombüsten kopan parçalardan meydana gelmektedir. Sistemik embolizasyon en çok koroner arterlere, MSS arterlerine, renal arterlere, aort bifurkasyonuna ve ekstremitelerine olur.

Pulmoner embolizasyon tümörün yerine ve intrakardiyak şantlara bağlı olarak meydana gelir. Sağ kalpteki miksomalar direkt olarak, sol kalptekiler ise intrakardiyak şant aracılığıyla pulmoner emboliye neden olurlar. Pulmoner hipertansiyon; pulmoner emboliler ya da kalbin sol boşluklarında bulunan miksomaların mitral stenozunu taklit eden obstrüksiyon yapmaları sonucunda görülür. Bizim olgumuzdaki hemoptizinin de citrobacter infeksiyonundan çok, böyle bir nedenle meydana gelen pulmoner konjesyon sonucu oluşması daha olasıdır.

Anemi tümörün mekanik etkisine bağlı olarak ortaya çıkan hemolitik tipte bir anemidir. Polisitemi ise tümörün eritropoetin salgılaması sonucunda görülür. Artmış serum immünoglobulin konsantrasyonu tümör embolizasyonuna ve tümörde meydana gelen degeneratif değişikliklere bağlıdır. Özellikle IgG yükselmektedir (1, 3).

Hastalarda senkop nedeni stenoz veya obstrüksiyon sonucu aorta atılan kan volümünde azalma olmasıdır.

Yapılan bir çalışmada (1) 130 miksomalı bir hasta grubunda hastalığın ortaya çıkışı şu belirtilerle olmuştur:

Mitral kapak hastalığı bulgu ve semptomları.....	57
Embolik belirtiler.....	36
Kalbe ait olmayan belirtiler (rastlantısal bulgular).....	16
Triküspit hastalığı bulgu ve semptomları.....	6
Beklenmeyen ani ölümler.....	5
Perikarditler.....	4
Pulmoner kapak hastalığı bulgu ve semptomları.....	2

Myokardial infarktüs.....	3
Nedeni saptanamayan ateş.....	2

Valvülopatiler, organize mural trombüsler, diğer kalp tümörleri ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Organize mural trombüsler özellikle appendikslerde ve hasarlı bir zemin üzerinde ortaya çıkarlar, laminasyon gösterirler ve doku kültürlerinde fibroblast proliferasyonu gösterirler (10,3).

Tek tedavi yöntemi tümörün cerrahi ile çıkarılmasıdır. Tümörün, bulunduğu bölge ile çıkarıldıktan sonra tümörün yol açtığı intrakardiyak defektlerin ve valvülopatilerin onarılması şeklindedir (6, 7, 8). Önceleri kapalı yapılan operasyondan frajil tümöral kitlenin önemli embolilere neden olması, kapalı yöntemle tümörün total olarak çıkarılamaması, diğer odacıkların tetkik edilememesi nedeniyle vazgeçilmiştir (3). Cerrahi operasyonlar sonrasında sonuçlar genelde iyidir. Mortalite ve nüksler nadirdir (3, 4, 7, 8). Nüksler %5-14 arasında olup, genelde operasyondan sonraki ilk dört yılda meydana gelirler. Nükste tümörün yetersiz rezeksiyonunun rolünün az olduğu, tümör dokusu implantasyonu ile tümörün multipl foküslü oluşunun rol oynadığı bildirilmiştir (4, 8) Olgumuzda bir yıllık takip sonucunda, bir nüks gözlenmemiştir.

Konunun önemi kardiyak miksomaların çok sık görülmelerinden ziyade özellikle valvülopatiler başta olmak üzere ileti bozuklukları, aritmiler, kalp yetmezliklerini taklit etmeleri ve ani ölümlere neden olmalarından kaynaklanmaktadır. Özellikle pozisyonla değişen oskültasyon bulguları saptandığında gerekli ekokardiografik, tomografik, anjiyografik tetkiklerle kesin tanı konularak cerrahi tedavi gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Colucci W.S., Braunwald E.: *Primary tumors of the heart*. In: Braunwald E. ed. *Heart Disease-Atextbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia, W.B. Saunders Company pp 1501-1515, 1980.
2. Goodkind M.J.: *Cardiac tumors*. In: Berkow R., Bondy P.K., Faling L.J. et al: eds. *The Merck Manual*. 15th Edit. Merck and co. inc. 1987, pp 542-544.
3. Duman E., Bahçeci İ., Komşuoğlu B.: *Atrial miksomalar*. *Türkiye Klinikleri* 7 (2): 153-157, 1987.
4. Cho K.S., Lee D.Y., Pezzella A.T., et al.: *Surgical treatment of atrial myxomas*. *Texas Heart Institute Journal* 16 (2):81-85, 1989.

5. Healy B.P.: *Miscellaneous conditions of the heart: Tumor, trauma and systemic disease*. In: Wyngarden JB, Smith LS, edz. *Cecil Textbook of medicine* 18th edit. Philadelphia, W.B. Saunders Company 1988, pp 367-370.
6. Robert J.B., Denton A.C., Hugh A.M., Fraizer O.H.: *Neoplastic heart disease* In: Hurst JW, Schlant RC, Rackley CE, Sonnenblick EH, Weger NK eds. *The Heart Arteries and Veins* 7th Edit. International Mc Graw-Hill Information services company 1990, pp 1382-1398.
7. Uçanok K., Eren N., Özyurda Ü., et al.: *Kalp içi kitleler-Cerrahi tedavi uygulanan 12 olgu nedeniyle*. *Türkiye Klinikleri Kardioloji* 2(1):56-59 1989.
8. Akıllı A., Kültürsay H., Akın M., Türkoğlu C.: *Biatrial ve sol atrial miksona*. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi* 16:159-161, 1988.
9. Wenger N.K.: *Cardiac tumors* In: hurst JW, Logue LB, Schlant RC, Wenger NK-eds. *The Heart Arteries and Veins* 4th Edit. New York. Mc Graw Hill Book Company pp 1668-1680, 1978.
10. Kissane J.M.: *Tumors of the heart*. In: Kissane JM ed. *Anderson's Pathology*. St. Louis, The Mosby Company 1990, Vol-1, pp 700-705.
11. Cotran R., Kumar V., Robbins S.: *Primary cardiac tumors*. In: Cotran R, Kumar V, Robbins S, eds. *Robbins pathologic basis of diseases* 4 th Edit. Philadelphia. W. B. Saunders Company 1989, pp 652-654.