

Kardiyak Miksoma Olgusunda Koroner Anjiyografinin Önemi



Büşra Özdemir¹, Serhat Hüseyin¹, Volkan Yüksel¹, Gönül Sağıroğlu²

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

ÖZET

Atriyal miksomalar ile koroner arter hastalığı arasında bir ilişki bulunmamasına rağmen nadiren birlikte görülebilmektedirler. Miksomalar görüldükleri yaş grubu ve çoğu hastada koroner arter hastalığı risk faktörlerinin mevcut olması nedeniyle, operasyon öncesi bu hastaların asemptomatik olsalar bile koroner anjiyografi ile değerlendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca anjiyografi ile miksomanın vaskülaritesini ve miksoma ya bağlı ortaya çıkan koroner emboliyi de değerlendirme şansımız olabilmektedir. Bizde kliniğimize baş dönmesi şikayeti ile gelen ve sol atriyal miksoma saptanan bir hastada, asemptomatik koroner arter hastalığının preoperatif koroner anjiyografi ile tespit edilmesinin önemini gösteren bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Atriyal miksoma; koroner arter hastalığı; koroner baypas cerrahisi

The Importance of Coronary Angiography in a Patient with Cardiac Myxoma

ABSTRACT

Concomitant occurrence of atrial myxoma and coronary artery disease is a rare entity with no established link between the two conditions. However, coronary angiography should be considered in all patients with myxoma, even in those with an asymptomatic course, since most of these patients harbor risk factors for coronary artery disease due to their advanced age at the time of diagnosis. Furthermore, angiography allows visualization of the coronary vasculature as well as embolisms that may result from myxoma. Herein, we aimed to present the importance of preoperative coronary angiography in asymptomatic coronary artery disease, through a case presentation involving a patient who was referred to our clinic with vertigo and who was consequently diagnosed with left atrial myxoma.

Key Words: Atrial myxoma; coronary artery disease; coronary bypass surgery

GİRİŞ

Kalp tümörleri nadir görülmekle birlikte, her yaşta hasta grubunda karşımıza çıkabilir. En sık görülen kalp tümörü olan miksoma, primer benign kalp tümörlerinin yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır⁽¹⁾. Bu tümörlerin %80'i saptıdır ve %75'den fazlası sol atrial septuma yapışmıştır. Miksomalar ile koroner arter hastalığı arasında bir ilişki bulunmamasına rağmen miksomalı olguların yaklaşık %7-12'sinde koroner arter hastalığı birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Bu da iki hastalığın aynı yaşlarda sık görülmesine bağlanmıştır^(2,3).

Baş dönmesi sebebiyle acil servise başvuran, serebrovasküler hastalık tanısı konulan ve serebral emboli odağını tespit etmek amacıyla yapılan ekokardiyografide (EKO) sol atriumda kitle tespit edilen bir olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında erkek hasta, son iki haftadır baş dönmesi şikayeti olması üzerine acil servise başvurdu. Bilgisayarlı tomografide akut lezyon saptanmayan hastanın çekilen difüzyon MR'ında sol serebellar hemisferde ve sağ frontoparietal bölgede akut infarkt ile uyumlu lezyon izlenmesi üzerine, serebrovasküler hastalık ön tanısı konularak nöroloji kliniğine yatırıldı. Kranial MR anjiyografisinde; sol serebellar hemisfer posterior inferiorunda multifokal akut-subakut iskemik infarkt ile sağ serebral hemisfer santral border zonda multifokal akut-subakut iskemik infarkt saptandı. Karotis ve vertebral arter doppler ultrasonografileri ile MR anjiyografileri normal olarak değerlendirildi. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül içerisine girip çıkan 20x20 mm ebatlarında miksoma ile uyumlu hareketli kitle imajı ile sol ventrikül tip I diyastolik disfonksiyonu ve sol ventrikül konsantrik hipertrofisi

Yazışma Adresi

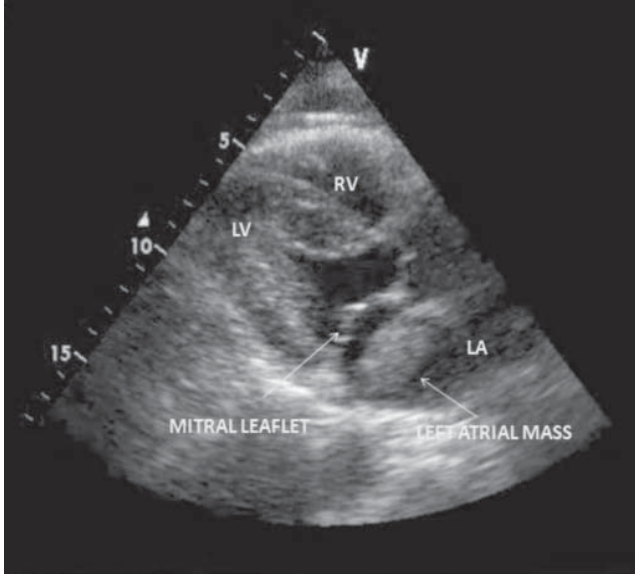
Serhat Hüseyin

E-posta: serhathuseyin@hotmail.com

Geliş Tarihi: 22.07.2013

Kabul Tarihi: 06.08.2013

@Telif Hakkı 2015 Koşuyolu Heart Journal metnine www.kosuyoluheartjournal.com web adresinden ulaşılabilir.



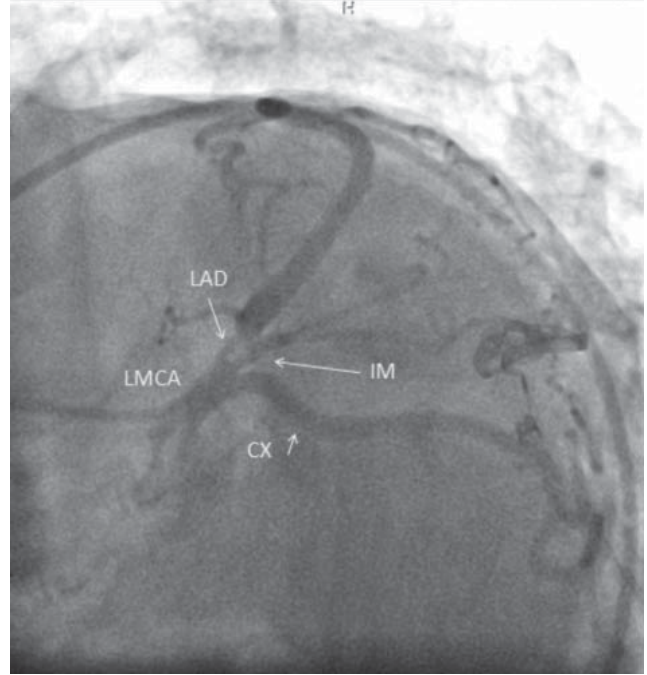
Resim 1. EKO'da sol ventrikül içine girip çıkan 20x20 mm boyutlarında kitle imajı. RV: Sağ Ventrikül, LV: Sol ventrikül, LA: Sol atrium.

saptandı. Ejeksiyon fraksiyonu %66 ölçüldü (Resim 1). Operasyon planlanan hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide sol anterior desendan (LAD) arterde osteal %95 darlık, intermedier arterde osteal %50 darlık saptandı. Sağ koroner arter normal idi (Resim 2). Hastanın elektrokardiyoğrafisinde kalp hızı 74/dakika olup normal sinüs ritminde idi. Telekardiyoğrafisinde kardiyomegali yoktu. Diğer klinik ve laboratuvar bulguları normal idi.

Cerrahi teknik olarak; medyan sternotomi yapıldı. Sol internal mammariyan arter (LIMA) ve safen ven çıkarıldı. Heparinizasyonu takiben aort ve bikaval kanülasyon yapıldı ve kardiyopulmoner baypasa girildi. Krosklemp konuldu ve ılık kan kardiyoplejisi verilerek kardiyak arrest sağlandı. Emboli riski nedeniyle distal anastomozlar sonraya bırakıldı. Sol atriotomi yapıldı ve interatrial septum yerleşimli yaklaşık 2-2.5 cm tabana oturmuş 2x2.5 cm boyutunda düzgün sınırlı, jelatinöz gevşek yapılı kitle olduğu görüldü. Kitlenin tamamı pedikülün etrafından birkaç milimetrelik endokard dokusu içerecek şekilde rezeke edilerek çıkarıldı (Resim 3). Atriotomi usulüne uygun kapatılarak koroner anastomozlara geçildi. İntermedier artere safen ven ile, LAD'ye LIMA ile distal anastomoz yapıldı. Side klemp konularak proksimal anastomoz tamamlandı. Usulüne uygun pompadan çıkılarak operasyona son verildi. Kros klemp süresi 43 dakika ve total kardiyopulmoner baypas süresi 76 dakika idi. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta yedinci günde şifa ile taburcu oldu. Çıkarılan dokunun patolojik incelemesinde miksoma ile uyumlu olduğu rapor edildi.

TARTIŞMA

Primer kalp tümörlerinin prevalansı, otopsi serilerine göre %0.0017 ile %0.35 arasında değişim göstermektedir. EKO'nun yaygın olarak kullanılmaya başlanması ile beraber kalp tümörü tanısı oranı artış göstermiştir⁽¹⁾. EKO, tümörün boyutlarını ve



Resim 2. Koroner anjiyografide LAD osteal %95 ve IM arter osteal %50 darlık. LAD: Sol ön inen koroner arter, LMCA: Sol ana koroner arter, IM: İntermedier koroner arter, CX: Sirkumfleks koroner arter.



Resim 3. Operasyonda rezeke edilen kitle parçaları.

morfolojisini tahmin etmek için güvenilir bir metottur. EKO, tümörün bir emboli kaynağı olma ihtimalinin yanı sıra aynı zamanda kapak açıklığındaki herhangi bir obstruksiyon hakkında da önemli bilgiler sağlayabilir.

Primer kardiyak tümörlerin %70'i benign olup bunların %50'sini miksomalar oluşturmaktadır. Miksomaların yaklaşık %75-%85'i sol atriumdan kaynaklanırken, %15-%20'si de sağ atriumdan kaynaklanırlar. Ayrıca sol ve sağ ventriküllerden kaynaklanan miksomalar sadece atipik vakalar olarak rapor edilmişlerdir^(1,4). Bizim olgumuzda da miksoma tipik olarak sol atrium yerleşimli idi.

Tümörlerin büyüklükleri farklılık gösterebilmektedir⁽⁴⁾. Büyük tümörler daha çok kardiyovasküler semptomlara neden olmaktadır^(5,6). Yine miksomalar mitral ya da triküspid stenozu benzeri hemodinamik etkileri nedeniyle, kapak açıklığının değişen obstrüksiyonuna bağlı olarak senkop gibi çeşitli semptomlara neden olabilmektedirler⁽⁴⁾. Tümör ya da tümör yüzeyindeki pıhtılar ayrıldığında miksomalar, tromboembolik durumlarla da sonuçlanabilir⁽⁷⁾. Serebrovasküler olaylar karotisler veya vertebral arterler yoluyla olabilmektedir. Embolinin lokalizasyonuna göre hastanın semptom ve bulguları değişiklik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada posterior sistem yoluyla olan embolilerin %24'ünün kardiyak kökenli olduğu ifade edilmektedir⁽⁸⁾. Yine Kaplan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada miksoma olgularının %11.1'inde bayılma ve %2.2'sinde santral sinir sistemi embolisine rastlanmıştır⁽⁹⁾. Bizim kitlemiz çok büyük olmamasına rağmen muhtemelen frajilitesinden dolayı, kopan mikroemboliler vertebral arterler yoluyla multipl serebellar infarkta sebep olmuş ve ön planda baş dönmesi ile kendini göstermiştir.

Miksomalar koroner arter hastalığı ile beraber görülebilir^(10,11). Fakat bu durum nadir olmasına rağmen dikkate alınmalıdır⁽¹²⁾. Miksomaların görülme yaşı ile koroner arter hastalığı görülme yaşının birbirine yakın olması, genellikle hastaların çoğunda koroner arter hastalığı risk faktörlerinin bulunması, operasyondan önce bu hastalara koroner anjiyografi yapılma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Koroner anjiyografi sadece koroner lezyonları tespit etmekle kalmaz ayrıca tümörün vaskülaritesi hakkında da bilgi verir. Hastamızın anjiyo-grafisinde atipik bir damarlanma artışı saptanmamıştır. Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kırk yaşın üzerindeki miksomalı hastalarda koroner arter hastalığı ve anormal atriyal vasküleritenin araştırılması açısından koroner anjiyografi rutin olarak önerilmektedir⁽¹³⁾. Bizim hastamızın daha önce göğüs ağrısı ve efor dispnesi gibi kardiyak şikayetlerinin olmaması; ancak diyabet, ileri yaş ve sigara öyküsü gibi risk faktörlerine sahip olmasından dolayı operasyon öncesi koroner anjiyografi yaptık. Koroner arterlerdeki kritik darlıklar diyabetin bir komplikasyonu olabileceği gibi miksomaya sekonder akut emboli de olabilmektedir. Hastanın akut bir kardiyak şikayetin olmaması, enzimlerin normal olması ve kardiyak fonksiyonların bozulmamış olması bu olayın miksomaya bağlı akut bir emboliden ziyade, diyabet gibi daha kronik bir süreçten kaynaklandığını düşündürmektedir. Böylece koroner anjiyografi yaparak kritik darlıklara bağlı muhtemel akut koroner sendrom gelişmesini önlemiş olduk.

Sonuç olarak; kardiyak miksomalar için günümüzde hala en geçerli tedavi yöntemi cerrahi olup bu genellikle tam bir iyileşmeyi sağlamaktadır. Miksoma sebebiyle opere olacak tüm hastalara olası koroner arter hastalığının tespiti için preoperatif koroner anjiyografi konusunda hekimler arasında kesin bir fikir birliği yoktur. Ancak riskli olgularda koroner anjiyografi yapılmasının hasta için hayati önem taşıdığını düşünmekteyiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Reynan K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol* 1996;77:107.
2. Van Cleemput J, Daenen W, De Geest H. Coronary angiography in cardiac myxomas: findings in 19 consecutive cases and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993;29:217-20.
3. Sugimoto T, Ogawa K, Asada T, Mukohara N, Nishiwaki M, Higami T. Surgical treatment of left atrial myxoma with concomitant acquired heart disease. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1993;41:660-6.
4. Vazir A, Douthwaite H. Rapidly growing left atrial myxoma: a case report. *J Med Case Rep* 2011;5:417.
5. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:159-72.
6. Iga K, Izumi C, Konishi T. Rapid growth of a left atrial myxoma. Serial two-dimensional echocardiographic observation over eighteen months. *Int J Cardiol* 1997;61:85-7.
7. Rath S, Har-Zahav Y, Battler A, Agranat O, Neufeld HN. Coronary arterial embolus from left atrial myxoma. *Am J Cardiol* 1984;54:1392-3.
8. Caplan LR, Wityk RJ, Glass TA, Tapia J, Pazdera L, Chang HM, et al. New England Medical Center Posterior Circulation registry. *Ann Neurol* 2004;56:389-98.
9. Kaplan M, Demirtaş MM, Çimen S, Gerçekoğlu H, Yapıcı F, Özler A. Kardiyak Miksoma: 45 olguluk deneyim. *Turk Gogus Kalp Dama* 2002;10:11-4.
10. Maddali MM, Abduraz AM, Panduranga P, Kurian E. Left atrial myxoma with coronary artery disease: an unexpected preoperative finding-case report. *Middle East J Anesthesiol* 2011;21:413-7.
11. Kejrival NK, Tan J, Ullal RR, Alvarez JM. Atrial myxoma with coexistent coronary artery disease: a report of two cases. *Heart Lung Circ* 2003;12:108-11.
12. Erdil N, Ates S, Cetin L, Demirkilic U, Sener E, Tatar H. Frequency of left atrial myxoma with concomitant coronary artery disease. *Surg Today* 2003;33:328-31.
13. Gölbaşı İ, Türkay C, Akbulut E, Gülmez H, Kabukçu M, Beyazid Ö. Koroner arter hastalığı ve sol atriyal miksomada kombine cerrahi tedavi. *Turk Gogus Kalp Dama* 2000;8:545-7.