

SOL ATRIAL MİKSOMA VE PERİFERİK EMBOLİ

Dr. Ufuk TÜTÜN*, DR. Ufuk ÖZERGİN*, Dr. Kadir DURGUT*,
Dr. Tahir YÜKSEK*, Tunç SOLAK**, Dr. Hasan SOLAK*

* S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, **S.Ü.T.F. Tıp Fakültesi Öğrencisi

ÖZET

60 yaşında bir kadın hasta bilateral femoral arteriel emboli nedeni cerrahi tedavi altına alındı. İleri tetkikinde sol atriumdan köken alan miksomanın emboliye neden olduğu tespit edildi. Kardiyak miksoma teşhis edildiğinde cerrahi müdahale ile kitlenin eksizyonu endikedir. Hastalar operasyonunu bile beklerken emboli komplikasyonları nedeni ile % 8-10 oranında öldüklerinden genellikle acilen operasyona alınmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Atrial miksoma, arteriel embolizm.

SUMMARY

Left Atrial Myxoma and Arterial Embolism

A 60 year old woman was referred because of bilateral femoral arterial embolism. On examination a diagnosis of cardiac myxoma is made on the left side. Surgical removal is indicated whenever a diagnosis cardiac myxoma is made. Generally it is considered an urgent procedure, particularly if the patient has a history of embolism since it has been noted that 8% to 10% patients die from embolic complications while waiting for operation.

Key Words: Atrial myxoma, arterial embolism.

GİRİŞ

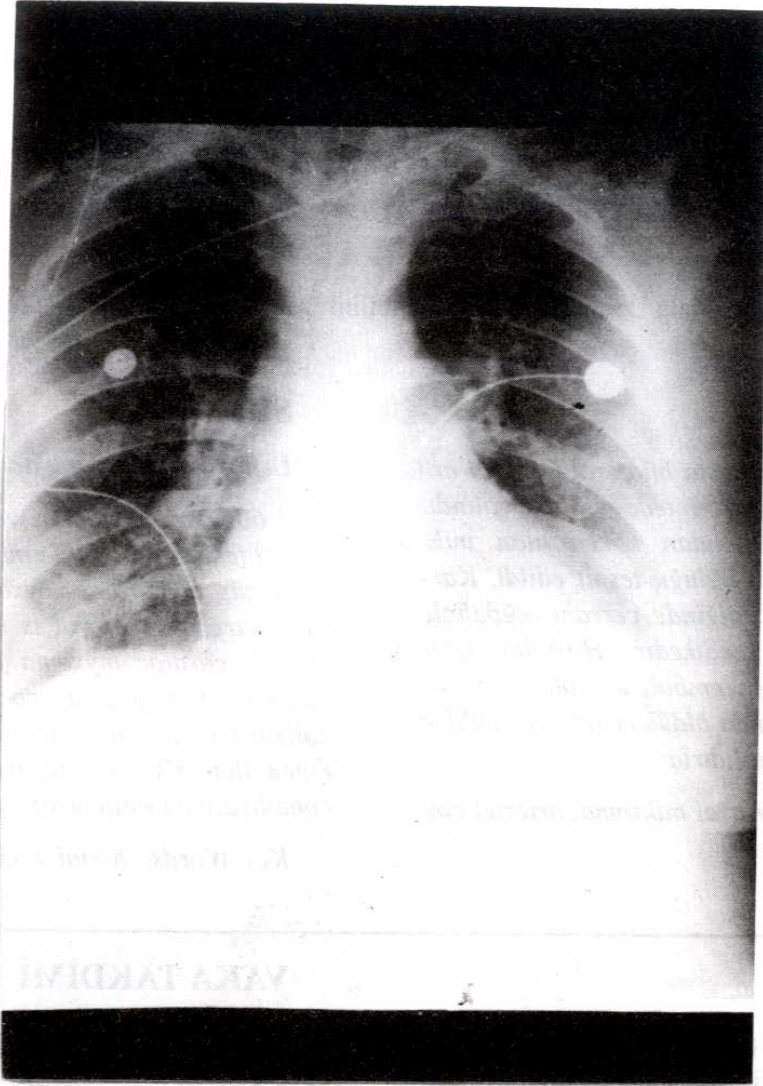
Kardiyak miksomalar primer olarak, genellikle pedinküllü bazen de geniş bir tabana yayılmış intrakaviter kardiyak çemberin bir yerinden olmuş tümörlerdir. Sağ ve sol atriumda yer alıp % 80-90 sıklıkla fossa ovalisin limbus bölgesinden, % 10 da anterior, posterior apendiksten orijini alırlar (1,2).

Genellikle boyları 4-6 cm olmakla beraber maksimum 18 cm kadar çapa ulaştıkları görülmüştür (3). Two-dimensionel ekokardiografi preoperatif kardiyak tümörün teşhisi için doğru ve güvenilir bir metottur (4).

Miksomaların malign potansiyellerinin arttığına dair raporlar gün geçtikçe artmaktadır (5). Lokal rekürrensler uzak yerlere metastazlar ve damar duvarına invazyon ile bağımsız olarak gelişen tümörlerle ilgili raporlar mevcuttur (6,7,8). miksomaların papiller olan tipleri kopup emboli yapmaya oldukça yatkındırlar (1).

VAKA TAKDİMİ

60 yaşındaki bir kadın hastada bir saat kadar önce gelişen her iki bacağında ağrı solukluk ve soğukluk şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta yaklaşık 2 yıldır 2-3 yastıkla yatıyor ve harekette gelen nefes darlığı nedeni ile çabuk yoruluyormuş. Üç yıldır özellikle ayak eklemlerinde ağrısı oluyormuş. Yapılan muayenesinde sinüzal taşikardi (120 vuru/dk) olduğu, kan basıncının 110/80 mmHg olduğu tespit edildi. Her iki femoral arter ve distal nabızları alınamayıp bacaklar soğuk, soluk ve ağrılı idi. Oskültasyonda birinci kalp sesinin hafif zayıfladığı, ikinci kalp sesinin pulmoner komponentinin sertleştiği belirlendi. Pozisyon veya respirasyonla değişen bir üfürüm yoktu. EKG'sinde ventriküler ekstrasistoller, inkomplet sol dal bloğu gözlenmekteydi. Telekardiografide bronkovasküler görünümde artma, kalp silüetinde pulmoner konusta belirgenleşme dikati çekmekteydi (Resim 1). Karaciğer dalak nonpalpe olup periferik ödem mevcut değildi. Rutin kan testlerinde hastanın diabetik olduğu tespit edildi. Diğer kan ve idrar bulguları normal idi.



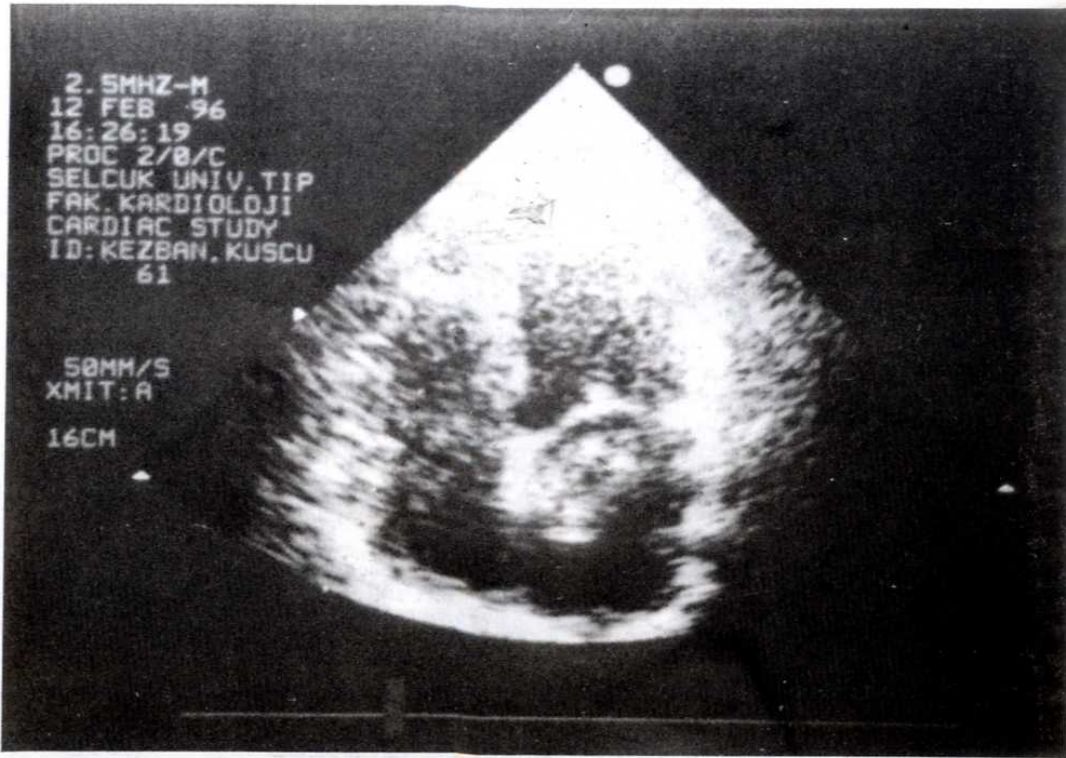
Resim 1. Hastanın tele kardiografisi

Hastaya acil şartlarda lokal anestezi altında bilateral femoral arterlerine embolektomi uygulandı. İliak bölge tarafından yaklaşık 20 cm uzaklıkta bilateral mukoid kıvamlı bir 3x0.5x0.8 cm diğeri 2.5x0.5x0.6 cm boyutlarında trombüs özelliği olmayan 2 emboli materyali çıkarıldı. Yapılan patolojisinde miksuma olarak rapor edildi (Patoloji protokolü no: 871-S.Ü. Tıp Fak. Pat. Lab.)

Bu arada embolinin kaynağını araştırmak için yapılan two-dimensional ekokardiografide sol atrium içinde sınırları belirgin 2.5x4 cm ebadında nonhomojen kitle sol atrium çapında genişleme (4.1 cm) mitral yetmezliği (2°) ve aort yetmezliği (1°) tespit edildi (Resim 2).

Cerrahi eksplorasyonda fossa ovalis tabanından kaynaklanan miksuma kısmen interatrial septumu da içerecek şekilde eksize edildi (3x4x2 cm) (Resim 3). Cerrahi bulgular ekokardiografiyi doğruladı. Tümör kısa bir pedinkülle fossa ovalise yerleşmişti. Mikroskopik muayenede kitle miksuma olarak tanımlandı (Patoloji Protokolü No: 899- S.Ü.T.Fak. Pat. Lab)

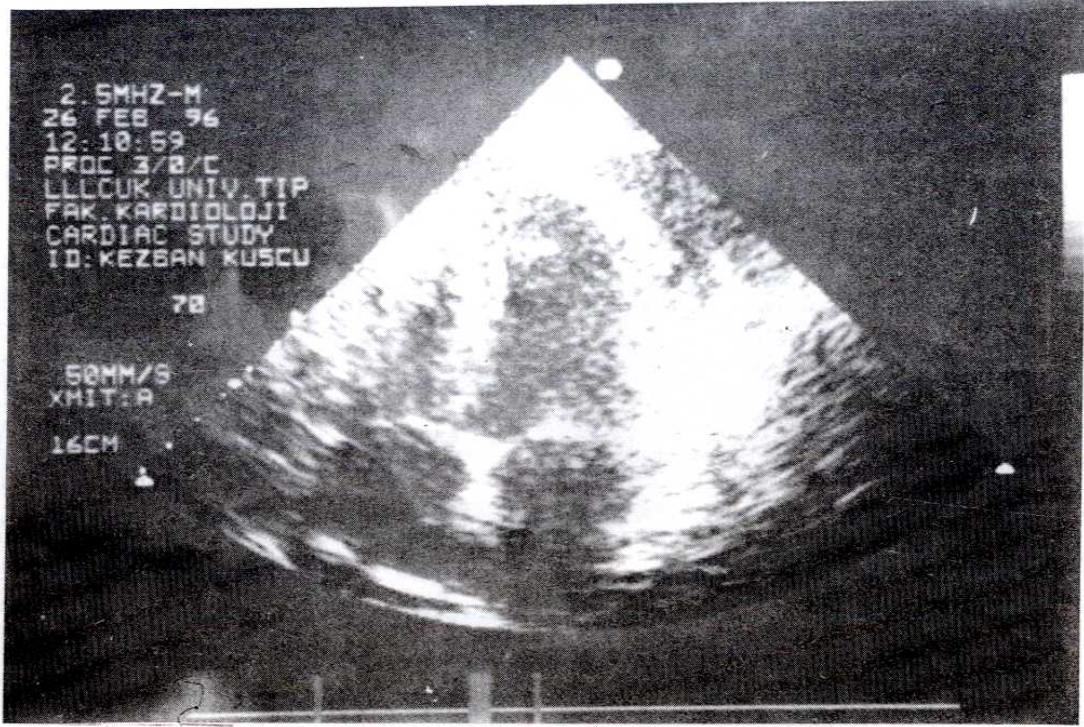
Cerrahi sonrası hasta asemptomatik oldu. Hastaya yalnızca diüretik verildi. Hasta on gün sonra komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Ailesinde yapılan taramada başka bir olguya rastlanmadı. rekürrens kontrolü için periyodik kontrole çağrıldı. Postoperatif ekokardiografisi normal olarak gözlemlendi (Resim 4).



Resim 2. Preop ekokardiografi, sol atrial miksoma



Resim 3. Rezeke edilen miksoma kitlesi



Resim 4. Postoperatif kontrol ekokardiografisi

TARTIŞMA

Bu vakada ilk başvuru nedeni olarak emboli ile gelen ve iki yıldır efor dispnesi olan sol atrial miksomalı hasta rapor edilmiştir. Bu vakada tarif edilen semptomlar birinci kalp sesinin zayıflaması ikinci kalp sesinin pulmoner komponentinin sertleşmesi ve periferik arteriel miksoma embolisidir. Klasik oskültasyon bulgularının olmayışı muhtemelen tümörün yerleşim yeri, boyutları ve vücut pozisyonu ile ilgilidir. 39 vakalık sağ atrial miksomada duyulan tümörün düşme sesi (%31) burada hissedilmektedir (9,10).

Klinik bulgularla sıklıkla eksersizle halsizlik, ateş, kilo kaybı, titreme, şişme ve eklemlerde ağrıya rastlanılır. Anemi, Raynaud's fenomeni, lökositosis, eritrositosis, sedimentasyon oranında artma, hemoptizi ve hiperglobulinemiye çeşitli serilerdeki hastalarda rastlanılmıştır. Keza bizim hastamızda eksersizle nefes darlığı ve eklemlerde ağrıya rastlanılmıştır. Bazı semptom ve işaretler miksoma tarafından üretilen yabancı proteinlere bir immünolojik cevap gibi veya nekrotizan tümör dokusuna spesifik olmayan cevap gibi açıklanabilir (11,12). Sol atrial mik-

somalar mitral stenozunu taklit edebilmektedirler. Emboli sonucu nörolojik defisitler, eklemlerde ağrı, soğukluk ve solukluk, koroner angina ve pulmoner emboli ile dispne gelişebilmektedir (1,3).

Two-dimensional ekokardiografi kardiak miksomaların teşhisinde büyük bir değere sahiptir (14). Embolik materyelden miksoma tanısının çıkmasında teşhis açısından ayrı bir değeri bulunmaktadır. Bunlardan başka diğer teşhis metotları kateterizasyon, manyetik rezonans görüntülemesi ve operasyon anındaki gözlem olarak sıralanabilir (15). Kateterizasyonda sol atrial basınç alındığında mobil miksoma nedeni ile erken sistolde sol atrium içine giren kitle C dalgasında bir çıkıklık yaparak arkasından geniş bir V dalgasının gelişmesine yol açacaktır.

Teşhis yapıldığında tümör embolizasyonu olmadan, psödoanevrizma gelişmeden, kardiak yetmezlik olmadan ve metastaz gelişmeden cerrahi müdahale yapılmalıdır. Embolizasyon materyali solid kapsüller ve miksoma ile kaplıdır. Tümörün yerleştiği yere göre kan akımı ile sağ taraftan pulmoner emboliye sol taraftan periferik ve serebral emboliye

neden olabilir (16). Kardiak miksomalı bir hastanın masif embolisi olduğu rapor edilmiştir. Çok sık aralarla küçük tümör fragmanlarının tekrarlayan embolileri ile karakterizedir. Serebral ve koroner anjiyografide pseudoanevrizmaya neden olduğu gösterilmiştir (4). Miksomaların malign potansiyellerinin arttığı raporlarla belirtilmiştir (5). Metastaz olan yerde tümörün geliştiği rekürrensler yaptığı gözlenmiştir (5,6,7,8). Şimdilerde kabul edilen tümörün undiferansiye malign olmayan hücrelerden, atrial septumun fossa ovalis bölgesinde uygun yerden geliştiği yolundadır. Miksomaların sıklıkla kadınlarda olduğu ve ailesel yatkınlık bulunduğu rapor edilmiştir (18,19,20).

Hastalar teşhis edildiğinde hemen cerrahiye verilmelidir. Çünkü bekleme anında bile % 8-10 civarında hasta embolik komplikasyonlar nedeni ile

ölmektedirler (21). İntraoperatif olarak jelatinöz miksoma tipi tümörler emboliye neden olabilmektedir. Bu tümörlerde mukoid jelatinöz yapı nedeni ile rekürrent emboliye neden olabileceğinden yedi gün sonra operasyona alınarak tümör çıkarıldı. Tümör çıkarıldığında oldukça frajil olduğu gözlendi. Yine tümörün intraoperatif olarak embolisini önlemek amacı ile kross klemp'i koymadan kalp boşluklarına müdahale yapılmadı.

Atrial miksoma teşhis edildiğinde emboli riski nedeni ile hızla operasyonla kitlenin kaldırılması yoluna gidilmeli ve operasyon anında iatrojenik emboliye yol açmamak için kross klemp'i koymadan kalp boşluklarına müdahale etmemeli ve de rekürrensi önleyecek şekilde kitlenin atrial duvardan eksizyonu sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. MC. Allister HA Primary tumors of the heart and pericardium Pethol annu (1979); 14: 325.
2. MC Cariy PML, Piehter JM, Schaft HV, et al. The significance of multiple, recurren and complex kardiak myxomas J. Thrac Cardiovasc Surg (1986); 91: 389.
3. Özpınar C et al: A Giant eight atrial myxoma: Case Report Int J Ang (1995) 4: 1-2.
4. Danohoo JS, Weiss J, Gardner TJ, et al: Current management of atrial myxoma with emphasis on a new diagnostic technique Ann Jurg (1979); 189: 763.
5. Hannah H et al. Invasive atrial myxoma: Documentation of malignant potansiyel of kardiak myxomas. Am Heart J 1982; 104- 881.
6. Dang CR, Hurley EJ: Contralateral recurrent Myxoma with involvement of severs vertebrae. Jama 1973; 226-459.
7. Kimbrell DC, Kaasa LJ; Primary intraluminal aortic myxoma with involvement of severs vertebrae. Jama 1973; 226-459.
8. Jseo S, et al: Metastasizing atrial myxoma. Am J. Surg pathd 1980; 4: 391.
9. Hansen JF, Lynborg K, Andersan M et al. Right atrial myxoma. Acta med scand (1979); 186: 165-171.
10. Goli VD, Thadani U, Tnomas SR et al. Doppler Echocardiographic profiles in obstructive right and left atrial myxomas J. Am Coll Cardiol (1987); 9: 701-703.
11. Currey HLF, Mathaws JA, Robinson J. Right atrial myxoma mimicking a rheumatic disorder. Br. Med J (1987);1: 547-549.
12. Katurcioğlu SF, Küçükaksu DS, Mavitaş B et al early and logn term results of left atrial myxoma. acta cardiol mediterranea (1991); 7:5.
13. Harvey WP: Clinical aspects of kardiak tumors. Am J Cardiol (1968); 21: 328.
14. Bjarne KH, Semb MD. Surgical Considerations in the treatment of kardiak myoxma. J Thorac Cardiovasc Surg (1986); 87: 251-259.
15. Green Wood WF. Projile of atrial myxoma Am J Cardiol (1968); 21: 367-375.
16. Yeoh NTL, Cleqq JF. Massive embolism from kardiak myxoma. Angiology (1981); 32:819-821.
17. Word LE, Lie JT: Scanning electronmicroscopy of intracardiac myxoma. Mayaclin Proc. 1981; 56-198.
18. Powers JC, Fafkoff M, Heinle RA, et al. Familial atrial myxoma. Mayaclin Proc. 1981; 56-198.
19. Farah MG. Familial atrial myxoma. Ann intern mad (1975); 83: 358-360.
20. Liebler GA, Mayovern GS- Park SG, et all. Familial myxoma in jour siblings. J. Thorac Cardiovasc Surg (1976); 71: 605-608.
21. Smybas PN, Hatcher CR Jr, Gravanis MB: Myxoma of the heart: Clinical and experimental observations. Ann Surg 1976; 183: 470.