

## KALPTE KİTLE YAPAN NEDENLER VE TEDAVİSİ

Dr. Ufuk TÜTÜN\*, Dr. Ufuk ÖZERGİN\*, Dr. Kadir DURGUT\*, M. Tunç SOLAK,  
Dr. Mehmet GÖK\*\*, Dr. Tahir YÜKSEK\*, Dr. Hasan SOLAK\*

\* S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, \*\* S.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları Bölümü

### ÖZET

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde 1987-1995 yılları arasında yapılan 692 kalp ameliyatında, 11 vakada kalpde yer işgal eden kitle (% 1.59) tesbit edilmiştir. Bu vakaların 6'sını kist hidatik (%0.87) 5'ini (% 0.72) neoplazmalar oluşturmuştur. Kist hidatiklerinin % 0.72'si de sol ventrikül serbest ön duvarına yerleşmiştir.*

*Anahtar Kelimeler: Kardiak ekinokoküs granülozis, kardiak tümörler.*

### SUMMARY

#### *Masses of The Heart and Treatment*

*This article was discussed the cases of cardiac masses in 692 heart operations i cardiovascular clinic of Selçuk University hospital between 1987 and 1995. 11 of cases were contained cardiac masses (1.59%). 6 of whom were cystic hydatids (0.87%). 5 of who (0,72%) where neoplastic diseases. 0,72 % of cystic hydatids were implanted in anterior free wall of the heart.*

*Key Words: Cardiac tumor, cardiac echinococcus granulosus.*

### GİRİŞ

Kalpde kitle yapan nedenler tümörler ve paraziter hastalıklar olarak ikiye ayrılabilirler. Kalp tümörleri nadir hastalıklardan olup ilk olarak 1559'da Columbus tarafından tariflenmiştir. 1954'de Crafoord ilk olarak ekstrakorporeal dolaşımı kullanarak başarılı sol atriumdan miksoma rezeksiyonunu yapmıştır. Kalp tümörleri primer veya metastatik, benign veya malign olarak sınıflanabilir. Miksoma, rabdomyoma, lipoma, fibroma, hamartoma, vasküler tümörler ve heterotropik doku kistleri kalbin primer benign tümörleridir (1,2). Sarkoma, rabdomyosarkoma ve lenfosarkoma ise en sık rastlanılan primer malign tümörleridir. Kalbe en sık metastaz yapan tümörler ise malign melanom (%50), akciğer ve meme kanserleri ile malign lenfoma ve lösemilerdir.

İnsan vücudunda bir parazit olan ekinokoküs granülozisin larvaları nadiren de olsa kalp bölgesinde kitle görünümü yaratabilir. İlk olarak Long ve Vara Loper (3,4) tarafından cerrahi olarak çıkartılan kist

hidatik vakası takdim edilmiştir. Daha sonradan otörler tarafından seriler şeklinde kist hidatik vakaları sunulmuştur (5).

### MATERYAL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğinde 1987-1995 yılları arasında yapılan 474 adet açık kalp ameliyatı olmak üzere 692 kalp ameliyatında yaşları 14-54 arasında değişen 5 erkek 6 kadın hastaya kardiak kitle nedeni ile cerrahi müdahale uygulanmıştır.

Hastaların yedisinde median sternotomi ve kardiopulmoner by pass (CPB) uygulayarak, diğer dördünde sadece anterolateral torakotomi ile cerrahi müdahale yapılmıştır. CPB kullanılarak ameliyat edilen hastalarda median sternotomiye takiben arteryel kanülasyon aortadan, venöz kanülasyon vena kavalardan sağ atrial apendiks yolu ile ayrı ayrı kanüle edilerek yapılmıştır. Total bypass'a geçildikten sonra aort klempenip soğuk kristaloid kardioplejisi ve topikal hipotermi ile myokard korunmaya ça-

İşilmiştir. Sol atrial kitlede insizyon interatrial oluğun posteriorundan; sağ atrial kitlede insizyon her iki vena kava kanülasyonu arasından atriotomi ile; sağ ventriküldeki kitleye sağ atriotomi yapılarak yapıldı. Atrial kitleler pediküllerinden interatrial septumdan eksize edilerek çıkarıldı. Defektler primer sütürlerle onarıldı. Sağ ventriküldeki kitlelerden solid olanı eksize edilirken kistik olanı kürete edildi.

Miksoma tanısı konulmadan önce bir hastaya tümör embolisi nedeniyle bilateral femoral embolektomi uygulanmıştır (Tablo 1). Hastalar postoperatif dönemde üçer aylık aralarla kontrole çağrılmış ve ekokardiografik takibe alınmışlardır. Bunlardan birinde 27 ay sonra retrosternal kist hidatik geliştiğinden ikinci kez opere edilmiştir.

## BULGULAR

Hastaların birinde ciddi olmak üzere iki kişide perikardial tamponat bulguları ikisinde öksürük ve dispne birinde göğüs ağrısı; birinde periferik arteriyel emboli; birinde öksürük; ateş, dispne ve yan ağrısı; bir diğer hastada sağ kalp yetmezliği bulguları belirgin iken geri kalan hastaların nonspesifik şikayetlerini araştırırken yapılan ekokardiografi tetkikinden teşhis edilmiştir. Hastaların şikayetleri ve ekokardiografik bulguları tablo 1'de gösterilmiştir. Tüm hastalara two-dimensional ekokardiografi tetkiki uygulanmıştır.

Operasyon sırasında ilk dört vaka ile dokuz nolu vakada visseral perikardın ön tarafına implante olmuş multikistik lezyonlar tesbit edildi. Bunlardan

Tablo 1. Kalpte kitle saptanan vaaların şikayetleri ve ekokardiografik bulguları.

Vaka No	Yaş	Cinsiyet	Geliş nedeni	EKO Bulguları	Diğer Bulguları
1	31	K	Nefes Darlığı	LV Serbest duvarda multilobüler kitle ve perikardial effüzyon	PA AC grafide bilateral multiple kistik lezyonlar
2	18	K	Nefes Darlığı	Serbest duvarda multilobüler kitle ve perikardial effüzyon	(US tetkikinde KC'de 8 adet kistik lezyon
3	16	K	Nefes Darlığı	Serbest duvarda multilobüler kitle	-
4	34	K	Nefes Darlığı	Serbest duvarda multilobüler kitle	-
5	24	E	Nefes Darlığı	Sağ atrial dev kitle	Hepatosplenomegali ve pretibial ödem
6	54	K	Periferik arter embolisi	Sol atrial kitle (miksoma?)	Periferik emboli patolojik sonucu mikrosoma
7	53	E	Çarpıntı	Sağ ventrikülde kitle	-
8	14	E	Öksürük, yan ağrısı		Pulmoner alanlarda multinodüler kitleler ve eozinofili.
9	43	E	Göğüs ağrısı	Serbest duvarda multilobüler kistik kitle	-
10	24	E	Nefes darlığı (Eforla)	Sol atrial miksoma	Eforla nefes darlığı ve pulmoner konjesyon
11	44	K	Nefes darlığı (Eforla)	Sol atrial miksoma	Eforla nefes darlığı ve pulmoner konjesyon

Kısaltmalar:

PA AC - Posteroanterior Akciğer grafisi US: Ultrasonografi LV: Sol ventrikül

biri seroz minimal diğeri hemorajik ciddi perikardial tamponat yapan mai içindeydi. atrial bölgeden alınan kitlelerin birinin çok büyük olup diğer atrial bölgelerden alınan kitlelerin yapılarına globüler, polipoid, kalın ve parlak endotel ile kaplı olması özelliğiyle benzediği gözlemlendi. Sağ ventrikülden alınan iki kitleden birinin multikistik diğerinin solid bir yapıya sahip olduğu gözlemlendi. Hastalardan çıkan kitlelere yapılan sitopatolojik inceleme ile altında kist hidatik dördünde miksuma ve birinde rabdomyoma tanısı konuldu. Kitlelerin eksize edildiği yerler, boyutları ve histolojik tanıları tablo II'de belirtilmiştir.

Ameliyat edilen hastalardan dokuzuncu vaka 27 ay sonra retrosternal kist hidatik tanısı ile ikinci kez opere edildi. Diğer hastaların takiplerinde yakınmalarının kalmadığı ve komplikasyon gelişmediği rutin takiplerinde gözlemlendi. başka nüks olayına rastlanmadı.

Uygulanan kalp ameliyatları tablo III'de; kalpte rastlanılan kitlelerin tipi ve oranı tablo IV'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Kitlelerin yerleşim yerleri e histolojik tanıları.

Vaka No No	Yerleşim Yeri	Morfolojik ve Histolojik tanıları	Boyutları (cm)
1	Sol ventrikül ön duvarı	Kist Hidatik	4x5x5
2	Sol ventrikül ön duvarı	Kist Hidatik	5x6x6
3	Sol ventrikül ön duvarı	Kist hidatik	3x4x6
4	Sol ventrikül ön duvarı	Kist Hidatik	3x4x5
5	Sağ atrium fossa ovalis'in limbus bölgesinden	Miksoma	17x8x5
6	Sol atrium IVS	Miksoma	3x3x4
7	Sağ ventriküler posterior duvar	Rabdomyoma	3x3x5
8	Sağ ventrikül IVS ve posteriorda	Kist Hidatik	3x3x5
9	LV ön duvarı	Kist Hidatik	3x4x4
10	LA IAS	Miksoma	2x3x4
11	LA IAS	Miksoma	3x4x5

Kısaltmalar:

LA Sol Atrium, IAS: İnteratrial septum, IVS: İnterventriküler septum

Tablo 3. S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisinde uygulanan kalp ameliyatları.

KMK	128
A. Kalp ameliyatı	474
Perikardial drenaj	63
Sol torokotomi ile kist eksizyonu	4
PDA	23
TOPLAM	692

KMK: Kapalı mitral kommissurotomi  
PDA : Patent duktus arteriosus

Tablo 4 S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisinde yapılan açık kalp ameliyatlarında tespit edilen kitleler ve oranları

	Sayı	Oran
Kardiak kitleler	11	% 1.59
Miksoma	4	% 0.58
Sağ Atrial	1	% 0.14
Sol Atrial	3	% 0.43
Rabdomyoma	1	% 0.14
Kist Hidatik	6	% 0.87
Perikardial	5	% 0.72
İntrakaviter	1	% 0.14
Tüm Kalp vakaları	692	% 100

## TARTIŞMA

Değişik kaynaklara göre kalpde kitle yaratan nedenlerden olan kalp tümörlerinin insidansı farklılıklar göstermektedir. Çoğu neoplazmlar otopsi sırasında tespit edilmektedir (6). Primer tümörlere Straus ve arkadaşları % 0.0017 lik oranda rastlanmışlarken Henry Ford hastanesinde % 0.08 olarak bulmuştur. Metastatik tümörlere otopsielerde 20 ile 40 kez daha fazla rastlanılmıştır.

Kist hidatik ise genellikle gelişmekte olan ülkelerde insanda paraziter hastalık yapan bir etkidir. Daha çok akciğer ve karaciğeri tutmakla beraber diğer organlarda da görülmektedir. İnsan kist hidatigi hastalığında kalp tutulması kaynaklarda % 0.2--%3 olarak bildirilmektedir (7,8). Kalpde çoğunlukla sol tarafa yerleştiği rapor edilmiştir. Zira sol koroner arter kalbin sağ koroner arterinin kaşığı kandan daha fazla miktardaki kanı sol kalp ölgesine taşımaktadır (5,9,10).

Erişkinlerde primer kalp tümörlerinden en çok rastlanılan miksomadır (11). Miksomalar daha çok kadınlarda ve sol atriumda görülmekte olup en sık emboliye yol açan tümörlerdir. Kliniğimizde yatan ve kalp ameliyatı olan hastalar içinde miksoma % 0.58 oranında görülmüş olup bunlardan biri emboli nedeni ile kliniğimize başvurmuştu.

Çocuklarda ise primer benign kardiak tü-

mörlerden en çok rabdomyon görülmekte olup daha çocukluk devrinde iken semptomlarla ciddi asemptomatik kalp yetmezliği ve ani ölümlere yol açabilmektedir (15). Genellikle ventrikül orijinli olmalarına rağmen değişik yerlerde görülebilirler. Genellikle beraberinde tüberoskleroz ile beraberdir. 15 yaşın üzerinde ise çok nadir görülür (16). Kliniğimizde yalnızca erişkin bir hastada gözlenmiştir.

Bizim serimizde erişkinlerde uygulanan 692 kalp ameliyatı sonrasında 11 vakada % 1.59 oranında kalpde kitle aratan nedene rastladık. Bunun % 0.87'si (6 vaka) kist hidatik olup 6 vakanın 5 tanesi yani % 0.72'si sol ventrikül visseral perikardına yerleşmişti. Diğerleri ise sağ ventrikül içinde yer işgal etmişti.

Kimi zaman kardiak kitle olarak tariflenen ekokardiografi raporlarına dayanılarak girilen operasyonlar sonucu kist hidatik tanısı gözlem ve histopatolojik inceleme sonucu konulmuş olup kardiak neoplazmlar ile karıştırılabileceğini kanısına varılmıştır. Yine perikardial tamponat nedenleri arasında malign nedenler yanısıra kist hidatiginde hemorajik tamponant yapabileceği gözlemlendi.

Sonuç olarak gelişmekte olan ülkelerde önceden bilinen bir kist hidatik hastalığı olsun veya olmasın dolaşım sistemi ile ilgili semptomları ve tetiklerinde kalpde yer işgal eden kitlesi mevcutsa bu kitlenin kist hidatik olabileceği akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Dein JR, Frist WH, Stinson EB. Primary cardiac neoplasms. Early and late results of surgical treatment in 42 patients. J Thorac Cardiovasc surg 1987; 93: 502-11.
2. MC Carthy PM, Piehler JM, Schaff HV. The significance of multiple, recurrent and "complex" cardiac myxomas. J Thorac cardiovasc surg 1986; 91: 389-96.
3. Long WS: Hydatid cyst in the left ventricular wall of the heart Med J Australia 1932; 91: 389-96.
4. Vara Loper OR: Kyste hydatique de loeur et kystes secondaries multiples du pumon. Brux med 1995; 35: 2325-2329.
5. Solak Hasan et al: Myocardial cystic hydatids causing cardiac tamponade - Report of cases. Vasc surg (1991); october 661-66.
6. Litley J.R. Vieweng W.V.R.: Tumor of the heart In Thoracic and Cardiovascular surgery. Ed. Glen WWL Appleton - Century- Crofts, Norwalk, Connecticut 1983; pp. 1510-1517.
7. Miralles A, Bracemonte Y, Pavie A et al: Cardiac echinococcosis. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107: 184-190.
8. Byard RW, Bourne AJ. Cardiac echinococcosis with fatal intracerebral embolism. Arch Dis Child 1991; 66: 159-156.
9. Romonoff H. Echinococcosis of the heart. Report of three new cases. J Thorac Cardiovasc. Surg 1973; 66: 29-39.
10. Linnacher MC et al. Cardiac echinococcol cyst: diagnosis by two dimensional echocardiography. J Am Coll Cardiol 1983; 2: 574-7.

11. Sabri Dağsalı ve ark. Atrial miksomalar. Hacettepe Tıp Derg. 1987; 20-3: 181-188.
12. Özpınar C, Ceran S, Yeniterzi M, Yüksek T Özergin U, Solak H, A giant right myxoma. Case Report In: J Ang. 1995; 4: 1-3.
13. Paşaoğlu I et al. Familial atrial myxoma. Eur J. Cardio thorac surg 1991; 5: 388-390.
14. Yeoh NTL, Clegg JF. Massivi embolism from cardiac myxoma. Angiology 1981; 32: 819-821.
15. Singh AK, Corwin RD: Intracardiac rhabdomyoma repor of a patient and review of literature. Thorac Cardiovasc surg 1989; 382-84.
16. Tomcsanyr J et al. Perikardial effusion as a reult of cardiac rhabdomyoma. Int J. Cardio. 36 (1992; 232: 2333.