

Olgu Sunumu

Miyokard Enfarktüsü ve Apikal Balonlaşma Sendromunu Andıran Sol Ventrikül Apeksinde Yer Alan Bir Kalp Hemanjiyomu

Dr. Mutlu VURAL

Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Erzincan

Özet

Hemanjiyoma bir selim doğuşsal tümör olup kalbi nadiren tutar. Damarsal yapısından dolayı manyetik rezonans görüntülemesinde “yanan ampül bulgusu” görülmesi karakteristik bir bulgudur ve olgumuzda gösterilmiştir. Bu olguda apikal hemanjiyomun geçirilmiş miyokard enfarktüsünü ve apikal balonlaşma sendromunu taklit etmesi ilgi çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Apikal hemanjiyoma, Psödoenfarktüs, Apikal balonlaşma sendromu

A Cardiac Hemangioma at the Apex of the Left Ventricle Mimicking Myocardial Infarction and Apical Ballooning Syndrome

Summary

Hemangioma is a benign congenital tumor which rarely involves the heart. Lighting bulb sign which is demonstrated in our patient is a characteristic finding of hemangioma with magnetic resonance imaging because of its hypervascular structure. In this report, apical hemangioma was interestingly mimicking myocardial infarction and apical ballooning syndrome.

Key Words: Apical hemangioma, Pseudoinfarctus, Apical ballooning syndrome

Giriş

Birincil kalp tümörlerinin sıklığı otopsi çalışmaları arasında 2:100.000 ile 3:1000 oranları arasında olup, dörtte üçü selimdir.¹ Doğuşsal selim tümör olan hemanjiyoma en sık deriyi tutmasına rağmen kalbin birincil selim tümörlerinin sadece yüzde 3-5’ini oluşturur.² Vasküler yapısından dolayı manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T2 görüntülerde homojen hiperintens görünüm olur. Bu durum “yanan ampül bulgusu” olarak adlandırılır ki hemanjiyoma için karakteristik bir bulgudur.³

Bu makalede klinik bulguları, elektrokardiyografide (EKG) ST yükselmesi ve ekokardiyografide apikal akinezi olması nedeniyle ilk önce miyokard enfarktüsü (MI) düşünülen ve kardiyak MRG sonucu doğuşsal apikal hemanjiyoma tanısı konulan bir olgu tartışılmıştır. Apikal hemanjiyomanın psödoenfarktüs şeklinde ortaya çıkması yanında ekokardiyografi ve ventrikülografi

görüntülerinin “apikal balonlaşma sendromunu” andırması olgunun ilgi çekici diğer özellikleridir.

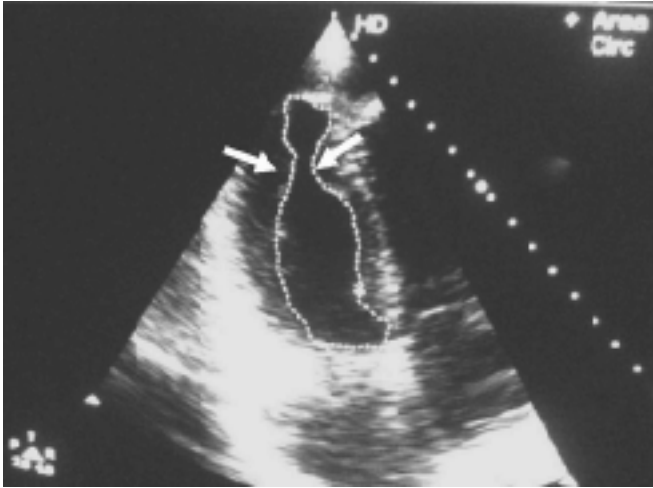
Olgu Sunumu

Beş yıl önce zorunlu askerlik görevini yaparken idman sırasında nefes darlığı, tıkanma ve çabuk yorulma gelişmesi üzerine revirde çekilen EKG’de MI bulguları saptanan (şekil 1) 20 yaşındaki erkek hastaya başka bir merkezde koroner anjiyografi yapılmıştır. Koroner arterler normal saptanmıştır. Ekokardiyografide apikal akinezi, apikal balonlaşma ve içinde akım bulguları olan apikal kitle vardır (şekil 2). Sol ventrikülografide apikal balonlaşma saptandı (şekil 3). Yine MRG görüntülerinde T2’de “yanan ampül bulgusuna” işaret edilerek doğuşsal hemanjiyom tanısı konulmuştur (şekil 4). Perkütan biyopsi ve arkasından operasyon önerilse de hasta reddettiğinden asetil salisilik asit (ASA) tedavisi ile klinik takibe alınmıştır. Beş yıllık takipte istikrarlı

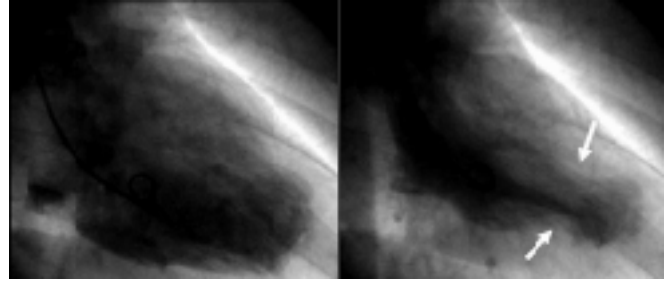
seyretmiştir. Hali hazırda fonksiyonel kapasitesi NYHA New York Kalp Cemiyeti (NYHA) sınıf II olarak değerlendirildi. Fizik muayene ve biyokimyasal tetkikler anlamlı değildi. EKG'de sinüs ritmi, V1-V3 arasında R kaybı ST yükseklığının olduğu geçirilmiş önyüz MI ve/veya apikal anevrizmayı işaret eden bulgular vardı. Hastada 24 saatlik ritim holter incelemesi sonunda nadir (4 adet/saat ya da 1:240 vuru oranında) polimorfik ventriküler erken atım dışında anlamlı bulguya rastlanmadı. Hastalığın olası komplikasyonları ve seyir değişiklikleri konusunda hasta eğitilerek ASA ve ramipril tedavisi ile ayaktan tıbbi takibine devam edildi.



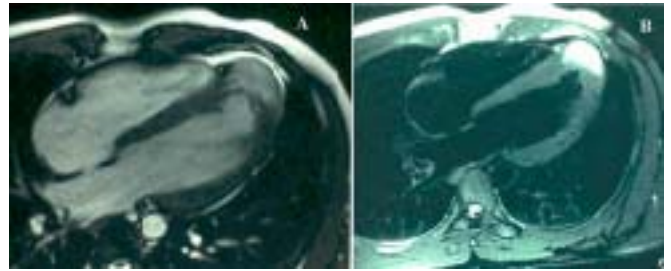
Şekil 1: Beş yıl önce çekilen elektrokardiyografide sol posterior hemiblok, eksik sağ dal bloğu, V2 ile V4 derivasyonları arasında R kaybı ve ST yükseklığının olduğu dikkati çekmektedir.



Şekil 2: Ekokardiyografik incelemede sistolde apikal bölgenin kasılmaması nedeni ile apikal balonlaşma sendromunu andıran görüntü alınmıştır. Apikal bölgenin ekojenitesi kasılan sağlıklı miyokard dokusu ile benzerdir. Apikal bölgede küçük kistik yapılar içinde renkli Doppler incelemede akım türbülansı izlenmiştir. Normal miyokard dokusu-hemanjiyoma sınırında kasılan bölgede miyokard hipertrofisi dikkati çekmektedir.



Şekil 3: Sol ventrikülografide apikal bölge dışında sol ventrikül bölgesel kasılma kusuru izlenmiyor. Apikal balonlaşma sendromunu andıran görüntü ilgi çekicidir (oklar).



Şekil 4: Kardiyak manyetik rezonans görüntülemeye apikal bölgede miyokard dokusunda inceme dikkati çekiyor. Apeks üzerine şapka gibi oturan ve kalınlaşmaya neden olan bir başka dokunun intensitesinin sol ventrikül kavitesinin (kan) intensitesine benzer olduğu görülüyor (A). Apekte yanan ampül işareti saptanması hemanjiyoma için karakteristik bir bulgudur (B).

Tartışma

Hemanjiyoma asemptomatik olabileceği gibi kalp yetersizliği, perikardiyal efüzyon, aritmiler, A-V blok, ani ölüm, inme ve miyokard iskemisi gibi tromboembolik komplikasyonlar şeklin de ortaya çıkabilir.⁴⁻⁸ Kalp hemanjiyomu hakkında literatürde kısıtlı sayıda veri olduğundan hangi anatomik konumda hangi bulguların ortaya çıkacağını ileri sürmek zordur.⁷⁻⁸ Tedavisi konusunda da ortak görüş oluşmamıştır. Tıbbi ve cerrahi tedaviler uygulanmakla birlikte kanıtlar yetersizdir. Bizim olgumuza beş yıl önce cerrahi yolla hemanjiyomanın çıkarılması ve ventriküler rekonstrüksiyon önerilse de hasta reddetmiştir.

Olgumuzda ilk bulgulardan sonra beş yıl boyunca apikal hemanjiyoma istikrarlı seyretmiş ve herhangi bir komplikasyon kaydedilmemiştir. Tümör yerleşimi sol ventrikül apeksinde epikardiyuma doğrudur ve endokardiyal bölgede sınırlı miktarda miyokard dokusu izlenmiştir. Başka bir deyişle hemanjiyomanın kalbin karcinik boşluğu ile ilişkisi yoktur. EKG'de eksik sağ dal

bloğu dışında intravenriküler blok da olmadığına göre ileti sisteminin belirgin tutulumu da söz konusu değildir (şekil 2). Buna rağmen doğuşsal apikal hemanjiyoma apekte geniş bir bölgeyi tuttuğundan EKG’de V1-V4 uçlarında R kaybı ve ST yükselmesine neden olmuştur. Bu bulgulara dayanarak öykü, EKG ve ekokardiyografi sonrası ilk bakışta hastanın Mİ geçirdiği (psödoenfarktüs durumu) düşünülmüştür. Birincil kardiyak tümörler gerçekte koroner arter embolizasyonu, komşuluk yolu ile koroner arter tutulumu ya da koroner artere baskı sonucu gerçek Mİ’ye neden olabilirlerse de olgumuzda böyle bir durum söz konusu değildir.⁹ Bizim olgumuzda apikal yerleşimli hemanjiyomanın koroner arterlerin uç kısımlarını tutabileceğinden kritik düzeyde koroner arter tutulumu söz konusu olmayacağı düşünülmektedir.

Olgumuzun ekokardiyografi ve ventrikülografi bulgularının ayrıca “apikal balonlaşma sendromunu” andırması bu olgularda apikal hemanjiyomun ayırıcı tanıda dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Apikal hemanjiyomanın PHACES (Posterior fossa malformations, Hemangiomas, Arterial anomalies, Cardi-

ac defects and coarctation of the Aorta, Eye abnormalities, and Sternal abnormalities or ventral developmental defects) sendromunun bir parçası olması olasılığına karşılık detaylı oftalmolojik, nörolojik ve dahili inceleme yapılmasına rağmen patolojik bulguya rastlanmadı.¹⁰ Olgumuzda en ciddi risk apekte pıhtı oluşumu ve bunun embolizasyonu olsa da sadece asetil salisilik asit kullanmasına rağmen beş yıllık dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç

Öykü, ekokardiyografi ve kardiyak MRG yardımı ile kardiyak hemanjiyoma tanısı konulabilir. Apikal yerleşimli olanlar Mİ ve apikal balonlaşma sendromunun ayırıcı tanıları arasında yer almalıdır. Doğuşsal kalp hemanjiyomu yıllarca istikrarlı seyredebilirse de seyrinin her an değişebileceği olasılığı akılda tutulmalı ve hasta gelişebilecek yeni bulgular konusunda eğitilmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi apikal yerleşimli ve komplikasyonsuz hemanjiyoma olgularının ilaç ya da cerrahi yolla tedavileri konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol* 2005;6:219-28.
2. Pigato JB, Subramanian VA, McCaba JC. Cardiac hemanjioma. A case report and discussion. *Tex Heart Inst J* 1998;25:83-5.
3. Roser M, Hamdan A, Komoda T, Kriatselis C, Stawowy P, Meyer R, et al. Images in cardiovascular medicine. Left ventricular cardiac hemangioma presenting with atypical chest pain. *Circulation* 2008;117:2958-60.
4. Serri K, Schraub P, Lafitte S, Roudaut R. Cardiac hemanjioma presenting as atypical chest pain. *Eur J Echocardiogr* 2007;8:17-8.
5. Zerbo S, Argo A, Maresi E, Liotta R, Procaccianti P. Sudden death in adolescence caused by cardiac haemangioma. *J Forensic Leg Med* 2009;16:156-8.
6. Chao JC, Reyes CV, Hwang MH. Cardiac hemangioma. *South Med J* 1990; 83:44-7.
7. Burke A, Johns JP, Virmani R. Hemangiomas of the heart. A clinicopathology study of ten cases. *Am J Cardiovasc Pathol* 1990;3:283-90.
8. Silme’ia Garcia Zanati, Joa~o Carlos Hueb , Ana Lu’cia Cogni, Maria Gorete Teixeira de Moraes, Luiz Eduardo de Almeida Prado Franceschi, Maur’cio Morceli, et al. Cardiac hemangioma of the right atrium *European Journal of Echocardiography* 2008;9:2-53.
9. Aggarwala G, Iyengar N, Horwitz P. Cardiac mass presenting as ST-elevation myocardial infarction: case report and review of the literature. *J Invasive Cardiol* 2008;20: 628-30.
10. Kronenberg A, Blei F, Ceisler E, Steele M, Furlan L, Kodzi S. Ocular and systemic manifestations of PHACES (Posterior fossa malformations, Hemangiomas, Arterial anomalies, Cardiac defects and coarctation of the Aorta, Eye abnormalities, and Sternal abnormalities or ventral developmental defects) syndrome. *J AAPOS* 2005;9:169-73.

Yazı Kayıt

Geliş Tarihi: 06.02.2012

Kabul Tarihi: 05.03.2012

Yazışma Adresi: Mutlu Vural, Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Erzincan
e-posta: heppikalp@yahoo.com