Sol Atrium Tabanından Kaynaklanan Miksoma: Olgu Sunumu

Myxoma which Originated from Left Atrium Base: Case Report

Murathan KÜÇÜK[2], Can Ramazan ÖNCEL[1], Mustafa UÇAR[2], Aytül BELGİ YILDIRIM[2]

[1]Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Antalya, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi
Correspondence Address

Can Ramazan ÖNCEL
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi,
Kardiyoloji Bölümü,
Antalya, Türkiye

E-posta: r_oncel@ hotmail.com

Geliş tarihi \ Received : 27.11.2014
Kabul tarihi \ Accepted : 17.02.2015

ÖZ

Kalbin tümörleri ilk olarak Columnus tarafından 15.yy da ve daha sonra Boneti tarafından 18.yy da tanımlanmıştır. Primer kardiyak tümörler nadir görülen neoplazmlardır. Yaklaşık %75 kadarı benign olup bunlarında yaklaşık %75'ini miksomalar oluşturur. Kitlenin bulunduğu kalp boşluğu ve tutunduğu yüzeyin yanısıra hastanın kliniği ve ekokardiyografik bulgular kitlenin vejetasyon, trombüs ve diğer tümörlerden ayırıcı tanısında çok önemli ipuçları vermektedir. Bu yazıda tekrarlayan geçici iskemik atak nedeni ile araştırılan ve atipik yerleşimli ve morfolojik olarak daha nadir izlenen miksoma saptanan olgu sunuldu. Transtorasik ekokardiyografide, sol atriyumda diyastolde mitral kapakçıklardan geçip sol ventriküle doğru uzanan, uç kısmı parçalı, boyutlarında hareketli kitle izlendi. Tekrarlayan geçici iskemik atak nedeniyle değerlendirilen olguya operasyon kararı verildi ve kitle tümüyle rezeke edildi. Patoloji incelemesinde kitlenin miksamatöz yapıdan zengin miksoma olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Miksoma, Sol atrium, Geçici iskemik atak.

ABSTRACT

Cardiac tumors are first described in 15 century by Columnus, and after that in 18 century described by Bonetti. Primary cardiac tumors are rare neoplasms. Approximately %75 of cardiac tumors are benign and %75 of these are myxomas. Heart cavity and attached to the surface of the mass, as well as the clinical and echocardiographic findings of the mass of vegetation, thrombus and other tumors in the differential diagnosis is very important clues. In this article, we present a myxoma at atypical localization and morphology investigated due to recurrent transient ischemic attack. In transthoracic echocardiography, we observed a mass in left atrium which has a split end portion, is moving through mitral valves into the left ventricule during diastole. Due to recurrent transient ischemic attacks, patient referred to surgery and the mass is resected completely. In pathological examination of mass, we found a myxoma which has rich myxomatosis structure.

Key Words: Myxoma, Left atrium, Transient ischemic attack.

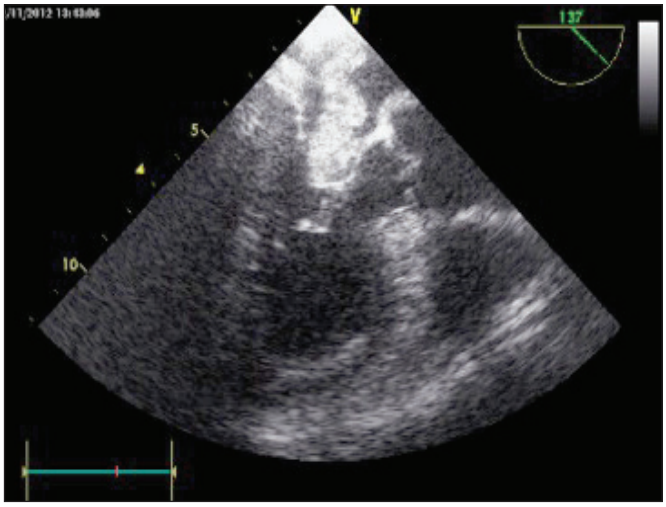
GİRİŞ

Primer kardiyak tümörler nadir görülen neoplazmlardır. Yaklaşık %75 kadarı benign olup bunlarında yaklaşık %75'ini miksomalar oluşturur (1). Kitlenin bulunduğu kalp boşluğu ve tutunduğu yüzeyin yanısıra hastanın kliniği ve ekokardiyografik bulgular kitlenin vejetasyon, trombüs ve diğer tümörlerden ayırıcı tanısında çok önemli ipuçları vermektedir. Bu yazıda atipik yerleşimli ve morfolojik olarak daha nadir izlenen miksoma olgusu sunuldu.

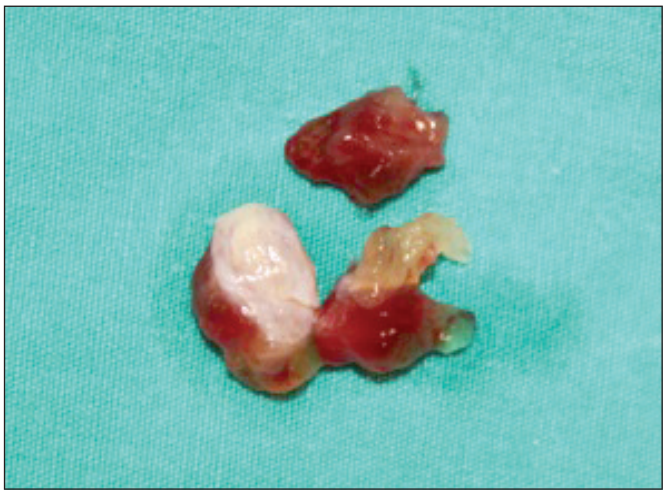
DOI: 10.17954/amj.2015.15

OLGU SUNUMU

64 yaşında erkek hasta tekrarlayan geçici iskemik atak nedeni ile nöroloji bölümü tarafından polikliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında herhangi bir özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 135/80 mm Hg, kalp tepe atımı 68/dk olarak bulundu. Kalp oskültasyonunda apikal 2/6 sistolik üfürüm tespit edildi. EKG normal sinüs ritminde idi. Hastaya tekrarlayan geçici iskemik atak nedeniyle yapılan transtorasik ekokardiyografide, sol atriyumda diyastolde mitral kapakçıklardan geçip sol ventriküle doğru uzanan, uç kısmı parçalı, 17x28 mm boyutlarında hareketli kitle izlendi. İleri değerlendirme amaçlı yapılan transözofageal ekokardiyografide kitlenin sol atriyum tabanından köken aldığı görüldü (Şekil 1) Hastanın biyokimyasal tetkiklerinde; d-dimer 0,48 mg /l (0-0,55), fibrinojen 424,6 mg /dl (180-350), crp 0,41 mg /dl (0-0,5), ANA-C3-C4-Romatoid faktör-Anti kardiolipin IgG ve IgM negatif, protein C-S ve homosistein düzeyi normal olarak tespit edildi. Hastaya preoperatif vertebral-karotis doppler, koroner çok kesitli bilgisayarlı tomografik anjiyografi yapıldı ve anlamlı patoloji saptanmadı. Cerrahi olarak çıkarılan kitle patolojik inceleme sonucu miksoma olarak değerlendirildi (Şekil 2).



Şekil 1: Transözofageal ekokardiyografide kitlenin sol atriyum tabanından köken aldığı görülüyor.



Şekil 2: Cerrahi olarak çıkarılan kitlenin makroskobik görünümü; parçalı şekilde izlenmektedir.

TARTIŞMA

Kardiyak miksoma erişkinde en sık izlenen primer kardiyak tümör olup ortalama 50 yaş dolayında izlenir. Hastaların yaklaşık %90 kadarı 30-60 yaş arasındadır. Kadınlarda daha sık gözlenen miksomaların %75 kadarı sol atriyumdan kaynaklanmakta olup en sık fossa ovalis bölgesinden köken alırlar. %15-20 kadar miksoma sağ atriyumdan köken alırken olguların %5 kadarı sağ ve sol ventriküle eşit olarak dağılır(2).

Transtorasik ekokardiografi (TTE); miksomaların tanısında duyarlılığı yüksek güvenilir bir tetkiktir. Bu sayede kitlenin yeri, boyutları, atrioventriküler kapaklarla olan ilişkisi ve pediküllü olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir. Transözafageal ekokardiografi miksomaların değerlendirilmesinde TTE'den üstündür ve şüpheli olgularda tanının desteklenmesinde kullanılabilir(3).

Kardiyak miksomaların yerleşimi, boyutları ve hareketliliği klinik özelliklerini belirler. Bazı olgularda hiç semptom vermeyip farklı nedenlerle yapılan incelemelerde saptanır. Oto ve ark.; geçici iskemik atak ve strok olmak üzere nörolojik semptomları olan 7 kardiyak miksomalı hasta serisi bildirmişlerdir(4). Gerek miksomanın kendisi gerekse de miksoma yüzeyindeki trombüs parçaları distale giderek embolik semptomlara ve komplikasyonlara yol açabilir. Sol taraf kaynaklı miksomalarda emboli riski daha yüksektir ve büyük emboliler serebrovasküler olaylara neden olabilir(2). Hastamızda tekrarlayan geçici iskemik atakların nedeni olarak mevcut ekokardiyografik bulgularla ayırıcı tanıda infektif endokardit, trombüs ve miksoma düşünüldü. Kitlenin parçalı yapıda olması vejetasyonu düşündürse de, öykü, klinik ve laboratuvar bulguları desteklemiyordu. Kalp kapak hastalığının olmaması, kalp boşluklarının normal sınırlarda olması, hastanın sinüs ritminde olması trombüs aleyhine değerlendirildi. Miksomalar morfolojik olarak; yuvarlak, düzgün yüzeyli, solid kitle (globüler yapı) ve düzensiz yüzeyli, parçalı kitle (polipoid yapı) olmak üzere iki farklı yapıda tanımlanmıştır(5, 6). Olgumuzda sol atriyum tabanından köken alan hareketli-parçalı kitle yerleşim yeri olarak klasik miksoma için atipik özellik gösteriyordu.

Miksomalarda tanı konar konmaz periferik emboli ve kapak obstrüksiyonu ile ani ölüm riski nedeni ile hastalar geciktirilmeden operasyona yönlendirilmelidir. Bizim olgumuzda da tekrarlayan geçici iskemik atak nedeniyle değerlendirilen hastaya operasyon kararı verildi ve kitle tümüyle

rezeke edildi. Patoloji incelemesinde kitlenin miksomatöz yapıdan zengin miksoma olduğu görüldü.

Miksomalar tekrarlayan geçici iskemik atak nedenleri arasında düşünülmeli ve embolik semptomlar ile başvuran olgulara ekokardiyografik değerlendirme yapılmalıdır. Ekokardiyografik incelemenin tanıdaki duyarlılığı klasik yerleşim ve morfolojik yapıdaki miksomalar için %95-100 olmakla birlikte, atipik yerleşim ve morfolojik yapı için dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Vander Salm TJ. Unusual primary tumors of the heart. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2000; 12(2):89-100.
2. Aydın M, Çetiner MA. Kalbin tümörleri ve travmaları (Tumors and trauma of heart). Kozan Ö, ed. Temel kardiyoloji. 1. Baskı.Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: 910-24.
3. Rafajlovski S, Ilic R, Gligic B, Kanjuh V, Tatic V, Ristic A, Obradovic S, Matunovic R, Prcovic B. Diagnosis and results of treatment of heart myxoma. Vojnosanit Preql 2011; 68(10): 851-5.
4. Oto Ö, Okutan H, Çatalyürek H, Silistreli E, Sarıosmanoğlu N, Hozan H, Kutluk K, Kargı A. Strok ve miksoma (Stroke and myxoma). Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 1998; 6(6): 493-7.
5. Ha JW, Kang WC, Chung N, Chang BC, Rim SJ, Kwon JW, Jang Y, Shim WH, Cho SY, Kim SS, Cho SH. Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. Am J Cardiol 1999;83:1579-82.
6. Duran Ekşi N, Özkan M. Sol atriumda atipik yerleşimli miksoma (Left atrial myxoma with atypical localization). Türk Kardiyoloji Dern Arş 2008;36:256-8.