

Dev Sağ Atrial Miksoma Olgusu*

Ethem Kumbay**, Osman Akın Serdar***, Hayati Özkan****, Dilek Yeşilbursa*****
Hakan Öno*****, David Saba*****, İbrahim Baran*****, Nedim Çobanoğlu*****

ÖZET. 51 yaşında erkek olgu, sağ kalp yetmezliği bulguları ile değerlendirildi. Renkli Doppler Ekokardiyografi'de sağ atriumda 7x8 cm boyutlarında büyük bir kitle tespit edildi.

Nadir bir vaka olması nedeni ile, bu çalışmada cerrahi olarak başarı ile opere edilen dev sağ atrial miksomalı bir olgu sunduk ve literatürü gözden geçirdik.

Anahtar Kelimeler .Sağ Atrial Miksoma .Renkli Doppler Ekokardiyografi .Sağ kalp yetmezliği.

A Case of Glant Right Atrial Myxoma

SUMMARY. A fifty-one years old male patient was investigated for the signs and symptoms of right heart failure. At Color Doppler Echocardiography a lagre mass (7x8 cm) was found in the right atrium.

In this case report, we present a patient with right atrial myxoma which has been successfully operated and cured. Because of it a seldom case, we review the literature.

Key Words .Right Atrial Myxoma .Color Doppler Echocardiography .Right Ventricular Failure.

Kardiak tümörlerden % 70-75'i benign, bunların da % 30-50'si miksoma'dır¹. Bütün yaş gruplarında görülmekle birlikte 3-6. dekadlarda daha fazla rastlanır, yaş ortalaması 56'dır. % 70 oranında kadınlarda görülürken çocukluk çağında oldukça nadirdir². Miksomaların % 93'ü sporadik, % 7'si ise familiyaldir. Sporadik olanların % 86'sı sol atriumdadır ve % 90'ı soliter, % 10'u multipldir. Yerleşimleri, sırası ile % 75-80 sol atriumda, % 8-20 sağ atriumda % 5-11 sağ ve sol atriumda, % 7 iki ventrikül arasında eşit dağılım gösterir^{3,4}. Biz burada lokalizasyonu açısından nispeten az görülmesi ve oldukça büyük boyutlarda olması nedeniyle sağ atrial miksomalı olgumuzu sunmayı uygun gördük.

Olgu Takdimi

O.U. 51 yaşında erkek hasta. Yaklaşık iki aydır çabuk yorulma ve ayaklarında şişlik yakınmaları olan hastaya sağ kalp yetmezliği tanısı konularak tedaviye alınmış. Tedaviden fazla yarar görmediğini ifade eden hastanın fizik muayenesinde AKB: 120/85 mmHg, vuru: 88/dk-düzenli; dudak ve parmak uçlarında siyanoz, boyun venöz dolgunluğu, (++) pretibial ödem, Kot kavsini 6 cm geçen hepatomegali mevcuttu. Kalpte dinlemekle ek ses üfürüm saptanmadı. TELE'de kardiyotorasik oran artmıştı. EKG'de ritm sinüzal ve p pulmonale örneği vardı. Transtorasik Ekokardiyografide sağ atriumu tamamen dolduran ve ekolusent alanlar içeren 6x7 cm boyutlarında kitle saptandı (Resim: 1). Hasta acil operasyon programına alındı. Operasyonda sağ atriumu oldukça gergin ve kitle ile dolu olarak palpe edildi. Sağ atriyal appendix'ten v.cava inferior ağzına doğru 7x8 cm boyutlarında düzgün yüzeyli, 1 cm'lik genişlikteki bir sapla sağ atrium posterior yüzüne tutunan miksomatöz kitle görüldü. Kitle sapın kaynaklandığı atrium duvarı ile birlikte çıkarıldı (Resim: 2). Kitenin patolojik tetkikinde atrial miksoma tanısı kondu.

* III. Ulusal Ekokardiyografi Kongresi, Antalya

** Doç. Dr.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Kardiyoloji ABD

*** Uzm. Dr.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Kardiyoloji ABD

**** Doç. Dr.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Kalp Damar Cerrahisi ABD

***** Araş. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Kardiyoloji ABD

***** Araş. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Kalp Damar Cerr. ABD

***** Prof. Dr.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Kardiyoloji ABD

Geliş Tarihi: 28.7.1994

Kabul Tarihi: 8.2.1995



Resim: 1

İki boyutlu ekokardiyografide tüm sağ atriumu dolduran miksoma kitlesi görülmektedir.



Resim: 2

Cerrahi sonrası çıkarılan miksomanın makroskopik görünümü

Tartışma

Miksomalar kardiyak boşlukların endokardial yüzeyinden kaynaklanırlar ve kavite içi yayılım gösterirler. Atrial miksomaların % 95'i tek bir lezyondur. Atrial miksomalar % 90 oranında pediküllü olup, fibrovasküler bir sapla fossa ovalise, 10 oranında ise duvara yerleşim gösterirler⁵. Ventriküler miksomalar ise genellikle serbest duvarda yer alırlar interventriküler septumdan kaynak almazlar⁶. Miksomalar makroskopik olarak Jelatinöz ve papiller bir görünümde olup, 1-2 cm'lik bir sapla endokarda tutunurlar ve embolize olmaya eğilim gösterirler⁷. 15 cm çapa kadar ulaşan miksomalar bildirilmiştir, 6 cm çapı aşanlarda tanı daha kolaydır. Mikroskopik olarak multipotansiyel mezankim hücrelerinden oluşur. Ultrastrüktürel çalışmalar bu hücrelerin embriyonik hücre kalıntılarından kaynak aldığını göstermektedir⁸. Tam olmayan rezeksiyonlardan sonra miksomaların nüksettiği bilinmektedir⁹.

Atrial miksomalar relatif olarak yavaş büyürler ve bazıları hiç semptom vermez ve ancak otopside saptanırlar. Miksomalı hastaların % 90'ında sistemik bulgular vardır. Bunlar başlıca kilo kaybı,

yorgunluk, ateş ve eklem ağrılarıdır. Daha seyrek olarak deri döküntüleri, çomak parmak ve reynoud fenomenine rastlanır. Sedimentasyon yüksekliği, lökositoz, trombositopeni, polisitemi ve hiper-gamaglobulinemi başlıca nonspesifik laboratuvar bulgularıdır^{4,10}. Tümöre karşı oluşan antikor ve immun reaksiyonlar bu bulgulardan sorumlu tutulmaktadır.

Miksomaların % 40-50'sinde periferik tümör embolisi görülür, bunların % 50'si santral sinir sisteminde ve geri kalan oranlarda ise böbrek, alt ekstremiteler ve hatta koroner damarlarda embolizasyon sonucudur. Miksomalar kendi kitleleri ile obstrüktif semptomlara neden olurlar. Mitral kapağa doğru uzanan tümöral kitle akımı tıkayarak mitral stenozu bulgularına; sistolde kapaklara bası ile mitral yetmezliğine neden olur. Kronik obstrüksiyon oluşan klinik tabloya göre değişirken, akut obstrüksiyon senkop ve ani ölüme sebep olabilir. Sol atrium'daki miksomanın ayırıcı tanısında, Mitral Kapak Hastalığı, Periferik Vaskülit, Periarteritis Nodosa, Koroner Arter Hastalığı; sağ atriumdaki miksomada ise Konstriktif Perikardit, Ebstein Anomalisi, Karsinoid Sendrom, Vena Kava Superior Sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir¹.

Miksomaların yaklaşık % 20'si sağ atriumda lokalizedir¹¹. Sık olarak triküspit kapakla etkileşirler. Sonuçta sistemik venöz basınç yükselir, periferik ödem, hepatomegali ve asit gelişir. Venöz dönüşün obstrükte olması nedeni ile kardiyak debi düşer ve efor dispnesi, siyanoz ve senkop oluşabilir. Artan sağ atrial basınç nedeni ile foramen ovale'den sağ-sol şant oluşabilir. Oksijen saturasyonunda azalma, polisitemi ve paradoks emboliler görülür. Atrial septum intakt olduğu halde siyanoza bağlı polisitemi sık bir bulgudur. Tümörün parçalanmasına bağlı embolik olaylar soldaki gibi siktir. Ortaya çıkan pulmoner emboli az oranda fakat kroniktir. Pulmoner hipertansiyona yol açarak sağ kalp yetmezliği oluşturabilir^{12,13}.

Tanıda EKG ve TELE bulguları nonspesifiktir. M-Mode ekokardiyografi pediküllü tümör tanısında yararlı ancak sesil olan tiplerinde az duyarlı, radyonüklid metod ise küçük dolma defektlerinde daha az duyarlıdır. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) yöntemi intramural, ekstrakardiyak ve büyük damarlara yayılımı incelemede yararlıdır, ancak rutin kullanımda pahalı yöntemlerdir. İki-Boyutlu Ekokardiyografi genellikle yeterli bilgi verir. Ayrıca primer tümörü, sekonder tümörden ve trombüsten ayırmada da yararlıdır. Ekokardiyografi yeterli bilgi vermesi nedeniyle primer tanı yöntemi olmuştur. Eko bulguları ile operasyona verilebilmektedir ve koroner arter hastalarında angiografi, ekstrakardiyak dokuların incelenmesi için ise BT ve MRI yöntemi

tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Son zamanlarda Transözefageal ekokardiyografi ile daha ayrıntılı bilgiler alınabileceği bildirilmiştir¹⁴.

Benign olmalarına rağmen embolilerle malign sonuçlar oluşabileceği için, miksomanın yerleşim yerine bakılmaksızın rutin olarak cerrahi olarak tedavi önerilir^{15,16}. Miksoma için operasyon sternotomi ve standart kardiyopulmoner bypass tekniğidir¹⁷. Bu şekilde yaklaşımla öncelikle emboliye neden olan manipulasyonlardan kaçınılması olur. Fossa ovalis çevresindeki küçük sol atrial miksomalar interatrial septumla birlikte rezeksiyon ve oluşan ASD patch ile kapatılır. Serbest duvardan kaynak alanlarda tek atriuma müdahale yeterlidir. Valvüler yerleşimlerde ise valv replasmanı veya anuloplasti gerekir. Miksomalarda cerrahi rezeksiyon sonuçları oldukça iyidir. Mortalite % 5'in altındadır. Rekürrens oranı % 5'dir. Bu nedenle takipte periyodik ekokardiyografi önerilmektedir¹⁸.

Doç. Dr. Ethem KUMBAY
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji ABD
Tel: 4428400
16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Colucci WS, Braunwald E: Primary tumors of the heart. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine, Fourth Edition, WB Saunders Company 1992, pp: 1451-1464.
2. Hall JR, Cooley DA, McAllister HA, et al: Neoplastic Heart Disease. The Heart. Seventh edition. Hurst JW, Schlant RC (ed.): Mc Graw Hill, Inc. New York, 1994, 1382-1403.
3. Wold LE, Lie JT: Cardiac myxomas: A clinicopathologic profile. Am J Pathol. 101:219-240, 1980.
4. Attar S, Lee YC, Singleton R et al: Cardiac myxoma. Ann Thorac Surg 29:397-405, 1980.

5. Raichlen J: Intracardiac Masses. Textbook of Adult and Pediatric Echocardiography and Doppler. Sutton MS, Oldershaw PJ (ed): Blackwell Scientific Publications, Boston, 1989, 403-441.
6. Larsson S, Lepore V, Kennergen C: Atrial Myxomas. results of 25 years experience and review of the literature. Surgery 105:695-698, 1989.
7. McAllister HA Jr: Primary tumors and cysts of the heart and pericardium. Curr Probl Cardiol. 4:1-51, May 1979.
8. Chopra P, Sharma VK: left atrial myxoma: a morphologic and histogenetic study. Jpn Heart J 22:353-361, 1981.
9. Richardson JV, Brandt B, Doty DB: Surgical treatment of atrial myxomas: early and late results of 11 operations and review of the literature. Ann Thorac Surg 28:354-358, 1979.
10. St John Sutton MC, Mercier LA, Giuliani ER: Atrial myxomas: a review of clinical experience, in 40 patients. Mayo Clin Proc 55:371-376, 1980.
11. Panidis IP, Kotler MN, Mintz GS: Clinical and echocardiographic features of right atrial masses. Am Heart J: 10(4):745-755, 1984.
12. Talley RC, Baldwin BJ, Symbas PN: Right atrial myxoma: unusual presentation with cyanosis and clubbing. Am J Med 48:256-260, 1970.
13. Goldschlager A, Popper R, Goldschlager N: Right atrial myxoma with right to left shunt and polycythemia presenting as congenital heart disease. Am J Cardiol. 30:82-86, 1972.
14. Lyons SV, Mc Cord J, Smith S: Asymptomatic giant right atrial myxoma. Role of transesophageal echocardiography in management. Am Heart J 151:1555-1557, 1991.
15. Smith ST, Hautamaki K, Lewis JW: Transthoracic and transesophageal echocardiography in the diagnosis and surgical management of right atrial myxoma. Chest 100:575-576, 1991.
16. Bortolotti U, Maraglino G, Rubino M: Surgical excision of intracardiac myxomas a 20 year follow-up. Ann Thorac Surg. 49:449-453, 1990.
17. Rosman HS, Goodwin JF, Cleland WP: Two decades of atrial tumors. Eur Heart J 3:100-106, 1982.
18. Murpy MC, Sweeney MS, Putnam JB: Surgical treatment of cardiac tumors: A 25-year experience. Ann Thorac Surg. 49:612-618, 1990.