

Olgu Sunumu

İntraatriyal Anjiyosarkoma Bağlı Kardiyak Tamponat Gelişen Hastada Anestezi Yönetimi

Ahmet Selim ÖZKAN*, Osman KAÇMAZ*, Sedat AKBAŞ*, Feray ERDİL*, Mahmut DURMUŞ*

ÖZ

Anjiyosarkomlar ender görülen kardiyak tümörlerdir ve mortaliteleri yüksektir. Genelde nonspesifik bulgularla başvururlar ve agresif seyirli dirler. Kitlenin büyüklüğüne bağlı olarak sağ ventrikül dolununun engellenmesi nedeniyle hemodinamik instabilite gelişebilir. Bu nedenle anestezi yönetimi özellik gösterir. Bu olgu sunumunda, sağ atriyal anjiyosarkoma bağlı kardiyak tamponat gelişen hastadaki anestezi yönetimi sunuldu.

Anahtar kelimeler: anjiyosarkom, tamponat, kardiyopulmoner baypas

ABSTRACT

Anesthetic Management of Cardiac Tamponade Due to Intraatrial Angiosarcoma

Angiosarcoma are rarely seen cardiac tumors with higher rates of mortality. Patients with angiosarcoma generally present with nonspecific symptoms and these tumors lead an aggressive course. Hemodynamic instability can develop due to the blocking of right ventricular load depending on the tumor size. Therefore, anesthetic management is important. In this case presentation, anesthetic management of the patient with cardiac tamponade developed secondary to right atrial angiosarcoma was presented.

Keywords: angiosarcoma, tamponade, cardiopulmonary bypass

GİRİŞ

Primer kardiyak tümörler metastazlara göre oldukça ender görülür. Bu tümörlerin büyük bir kısmını iyi huylu miksomalar oluşturur⁽¹⁾. Malign tümörlerin ise çoğunluğu anjiyosarkomlardır ve 3. ile 5. dekadlardaki erkeklerde, özellikle sağ atriumda ortaya çıkar⁽²⁾. Nonspesifik semptomlarla ortaya çıktığı için tanısı zordur⁽³⁾. Çok agresif seyirlidir ve tanıda genellikle metastaz yaparlar⁽¹⁾.

Kardiyak tamponat, perikardiyal sıvı birikimine sekonder basınç artışı ile ventriküllerin diyastolik dolununun kısıtlanması ile atım volümü ve kalp debisinin düşmesi sonucu ortaya çıkan klinik tablodur. Bu olgu-

ların anestezi yönetiminde vazodilatasyon, sempatik sistem inhibisyonu ve miyokard depresyonundan kaçınmak gerekir. Bu olgu sunumunda, anjiyosarkoma bağlı kardiyak tamponat gelişen hastada uygulanan anestezi yönetimini sunduk.

OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında, 70 kg erkek hasta, aynı gün içerisinde yineleyen ve ortalama 5 dk. süren senkop yakınmasıyla acil servise başvurdu. Daha önceden de 5-6 kez senkop öyküsü olan hastanın preoperatif değerlendirilmesinde dispneik, takipneik ve ajite olduğu görüldü. Dört ay önce perikardit nedeniyle medikal tedavi uygulanan hastanın yapılan ekokardiyografisinde intrakardiyak trombus ve en geniş yeri 3,5 cm olan kardiyak tamponat saptandı. Sağ atriumdan sağ ventriküle kadar uzanan 2x2 cm boyutundaki trombusun sağ atriyum ve sağ ventriküle bası yaptığı görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobün (Hb) 10.1 g dL⁻¹, hematokrit (Hct) %33, trombosit 78 K ml⁻¹, aPTT %75, INR 2.15, AST 646 ve ALT 546

Alındığı tarih: 28.03.2016

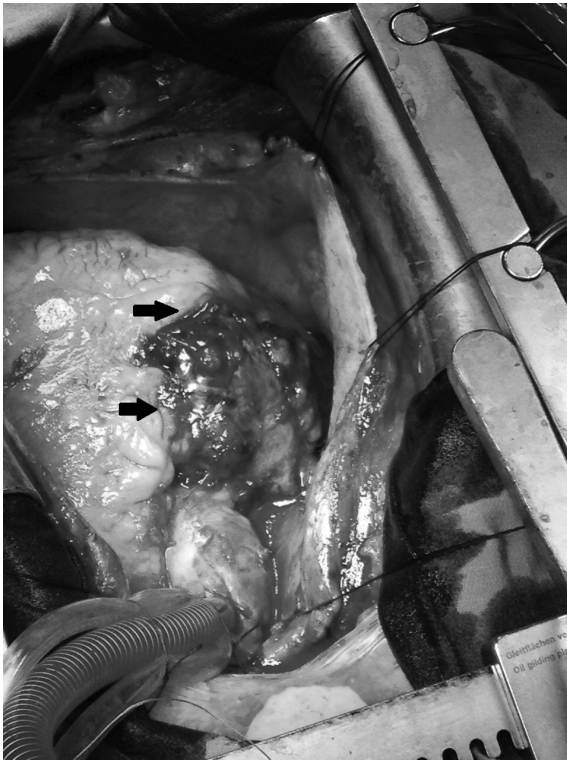
Kabul tarihi: 06.05.2016

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Selim Özkan, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Malatya

e-mail: asozkan61@yahoo.com

idi. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Tümör eksizyonu ve tamponat giderilmesi amaçlı acil cerrahi girişime karar verilen hasta ameliyat odasına alındı ve 12 derivasyonlu elektrokardiyografi, periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) ve sol radyal arterden invaziv kan basıncı monitorizasyonu yapıldı. Yüz maskesi ile %100 O₂ desteği sağlanması sonrası yapılan monitörizasyonda nabız: 110 atım/dk, invaziv kan basıncı (İKB): 95/55 mmHg, SpO₂: %96 olarak ölçüldü. Dengeli anestezi induksiyonunda 70 mg lidokain, 8 mg midazolam, 250 mcg fentanil, 7 mg vekuronyum uygulandı ve endotrakeal entübasyon yapıldı. Atriyal trombüs nedeniyle juguler ven yerine femoral venden 3 yollu santral venöz kateterizasyon uygulandı. Anestezi idamesi %1-2 sevofluran ve %50 hava/oksijen karışımıyla ve aralıklı fentanil ve vekuronyum bolus uygulamaları ile sağlandı. Başlangıç ACT değeri 170 sn olan hastaya 300 U/kg heparin iv yapıldı. Kardiyopulmoner baypasa (KPB) kadar kan basıncı değerlerinde giriş değerlerine göre %20'den daha fazla düşüşler olmadı. Sağ atrium duvarındaki aktif kanama odakları kontrol altına alındıktan sonra atriyum duvarında yaygın kitle olduğu görüldü (Resim



Resim 1. Atriyumdaki anjiyosarkomun intraoperatif görüntüsü.

1). ACT değeri 550 sn ölçülmesi sonrası KPB'ye geçilerek sağ atriyum duvarının büyük kısmını kaplayan tümör eksize edildi. Tümör sağ koroner arteri de içerdiğinden eksizyon sonrası sağ arter koroner baypas yapıldı. KPB sırasında en düşük Hct değeri %21 oldu. Normotansiyon ve normotermi sağlanması ile KPB sonlandırıldı. KPB sonrasında nabız: 100 atım/dk, İKB: 100/50 mmHg, SpO₂: %95 idi. Kanamanın kontrol altına alınmasında zorlanması nedeniyle 10 saat süren ameliyat sonunda kanama miktarı 2000 mL olarak ölçüldü. Heparin dozunun 1.3 katı protamin ile nötralizasyon sonrası ACT değeri 127 sn olarak kaydedildi. Ameliyat süresince hastaya 7 ünite eritrosit süspansiyonu, 4 ünite taze donmuş plazma, 4 ünite aferez trombosit süspansiyonu, 2 flakon koagülasyon faktör kompleksi (CO-FACT 10 ml IV flakon, Centurion Pharma İlaç Ltd. Şti., İstanbul, Türkiye) yapıldı. Ameliyat sonu Hct değeri %29 idi. Hasta operasyon sonunda hemodinamisi stabil ve kanama kontrolü sağlanmış olarak mekanik ventilasyon desteğinde yoğun bakıma alındı. Yoğun bakım takibinin 1. gününde ateşi yükselen hastaya akciğerinde infiltrasyonlar görülmesi nedeniyle pnömoni tanısıyla antibiyoterapi başlandı ve takiplerinde düzelme saptanan hasta 12 gün sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA

Anjiyosarkomlar en sık görülen primer kardiyak malign tümörlerdir ve son derece ender görülürler⁽¹⁾. Yaklaşık %90'ını sağ atriumdadır ve genellikle perikardla ilişkilidirler⁽⁴⁾. Bu yerleşim paterni hastalarda sağ kalp yetersizliği, superiyor vena kava obstrüksiyonu ve perikardiyal efüzyon oluşumunu kolaylaştırır⁽¹⁾. Klinik bulgular nonspesifiktir ve özellikle tümörün yerine, boyutuna ve tümör embolisine bağlı gelişir. En sık karşılaşılan klinik bulgu dispnedir, fakat öksürük, atipik göğüs ağrısı, senkop, hemoptizi, tamponand ile beraber perikardiyal efüzyon ve plevral efüzyon rapor edilmiştir⁽³⁾. Tümörün lokalizasyonu ve büyüklüğü mortaliteye etki edebilir. Yapılan çalışmalarda sağ kalım süresinin 6-14 ay arası olduğunu bildirilmiştir⁽⁵⁾.

Sağ atriyal kitle bağlı sağ ventrikül dolununun engellenmesi ile beraber görülen hipotansiyon, anestezi induksiyonu sonrasında daha da derinleşebilir. Hatta hastaya verilen pozisyonlar bile hemodinamik insta-

biliteye neden olabilir. Akut sağ kalp yetersizliği gelişen hastalarda dobutamin ve milrinon kullanımının yararlı olabileceği bildirilmiştir ^(6,7). Olgumuzda giriş değerlerine göre %20'den fazla tansiyon değerlerinde düşüş görülmedi ve inotropik ajan kullanmak zorunda kalmadık. Bunun nedeninin de olasılıkla tümörün lokalizasyonu, büyüklüğü ve rezeksiyon yapılan tümör kısmının küçük olmasıyla ilgili olduğunu düşünüyoruz.

Transözefagial ekokardiyografi (TÖE) klinik deneyim gerektiren ve hastaya spesifik olarak uygulanan bir görüntüleme yöntemidir. Kardiyak kitlelerin perioperatif görüntülemesinde kullanılan TÖE, inotropik destek veya volüm replasman gerekliliğini belirlemede yararlı olabilir. Kitlenin çıkarılması sırasında TÖE monitörizasyonun sağlanması kardiyak fonksiyonlar ve kardiyak trombüslerin durumunu değerlendirmede yardımcı olabilir. Olgumuzda TÖE kullanılmadı.

Bu olguda tümöre bağlı kanama nedeniyle kardiyak tamponad geliştiği için anestezi indüksiyonu ve idamesinde kardiyak depresyona daha az neden olan ajanlar tercih ettik. Hızlı volüm replasmanı için gereken santral venöz kataterizasyonu, olası emboli riski ve atriyal kitle nedeniyle juguler ven yerine femoral venden uyguladık. Eğer juguler vende kateterizasyon gerekse idi kitlenin direkt ekokardiyografik görüntülemesi ile uygulanabileceği önerilmiştir ⁽⁸⁾. Bazı olgularda antekubital venin kullanılmasının yeterli olabileceği de vurgulanmıştır ⁽⁹⁾. Olgumuzda olduğu gibi tümöre bağlı gelişen kanama nedeniyle kanama kontrolünün cerrahi olarak sağlanması yanında koagülasyonu sağlayacak ajanlarla müdahale etmek gerekebilir. Bu tür olgularda cerrahi ekiple koordine çalışmak yararlı olacaktır.

Sağ atriyal kitlesi olan hastaların anestezi yönetiminde, hipoksemi, düşük kardiyak output, olası intrakardiyak sağ-sol şant, kardiyak tamponad ve pulmoner emboli açısından dikkatli olunmalıdır. Anestezi yönetimi yönünden bir altın standart yöntem henüz

belirlenmemiştir. Kardiyak depresyona neden olacak anestezik ajanlardan kaçınmak akıllıca bir seçim olacaktır.

SONUÇ

Anjiyosarkoma bağlı kardiyak tamponad, indüksiyon sırasında yüksek kardiyak arrest gelişmesi riski nedeniyle önem gösteren bir durumdur. Ender görülen bu hastalarda uygun anestezi yönetiminin önceden planlanması, gerekli hazırlıkların yapılması ve gelişebilecek komplikasyonların göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Nath MP, Dhawan N, Chauhan S, Kiran U.** A large angiosarcoma of the right atrium: anaesthetic management. *Hellenic J Cardiol* 2011;52:273-7.
2. **Glancy DL, Morales JB, Roberts WC.** Angiosarcoma of the heart. *Am J Cardiol* 1968;2:413-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149\(68\)90144-6](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149(68)90144-6)
3. **Ma GT, Liu JZ, Miao Q, Cui QC.** Angiosarcoma of the pericardium: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8(10):13568-70.
4. **Shapiro LM.** Cardiac tumours: diagnosis and management. *Heart* 2001;85:218-22. <http://dx.doi.org/10.1136/heart.85.2.218>
5. **Randhawa JS, Budd GT, Randhawa M, Ahluwalia M, Jia X, Daw H, et al.** Primary Cardiac Sarcoma: 25-Year Cleveland Clinic Experience. *Am J Clin Oncol* 2014 <http://dx.doi.org/10.1097/COC.000000000000106>
6. **Ferrario M, Poli A, Previtali M, et al.** Hemodynamic volume loading compared with dobutamine in severe right ventricular infarction. *Am J Cardiol* 1994;74:329-33. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149\(94\)90398-0](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149(94)90398-0)
7. **Haraldsson A, Kieler-Jensen N, Ricksten SE.** The additive pulmonary vasodilatory effects of inhaled prostacyclin and inhaled milrinone in postcardiac surgical patients with pulmonary hypertension. *Anesth Analg* 2001;93:1439-45. <http://dx.doi.org/10.1097/0000539-200112000-00018>
8. **Huang J, Bouvette MJ, Zhou J, Dwyer GJ, Bhopatkar S, Bhatia A.** A large anjiyosarcoma of the right atrium. *Anesth Analg* 2009;108:1755-57. <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0b013e3181a1c631>
9. **Moritz HA, Azad SS.** Right atrial myxoma: case report and anaesthetic considerations. *Can J Anaesth* 1989;36:212-14. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03011447>