

Sol Ventrikül Papiller Kasından Kaynaklanan Bir Miksoma Olgusu

Dr. Murat KONUK, Dr. Remzi TOSUN, Dr. Serdar ÇİMEN, Doç. Dr. Kemal YEŞİLÇİMEN, Dr. Dursun ÜNAL, Dr. Füsün TERENECİ (*), Dr. Önder PEKER (*), Doç. Dr. Besim YİĞİTER
Prof. Dr. Siyami Ersek İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi ve
* Haydarpaşa Numune Hastanesi Patoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Serebral embolik ve vasküler olaylar nedeniyle incelenen 40 yaşındaki bir erkek hastada, ekokardiografi, sineanjiyoventrikülografi ve kardiyak-serebral magnetik rezonans tetkikleri sonucunda sol ventrikül papiller adalesinden kaynaklanan bir miksoma bulunduğu tespit edilmiştir. Tümör açık kalp cerrahisi yöntemleri kullanılarak sol ventrikülotomi ile çıkarılmıştır. Polipoid, jelatinöz ve lobüle kitlenin histopatolojik tanısı miksomadır. Hastanın postoperatif seyri olaysız geçmiştir. Taburcu olduktan sonra ikinci ve sekizinci aylarda ekokardiografik kontrolleri yapılmış ve nüks bulgularına rastlanmamıştır. Sol ventrikül miksoması oldukça nadir görülmesine rağmen ameliyat sonrası bazı nüks vakaları bildirilmiştir. Bu nedenle çok sıkı takipleri gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sol ventrikül miksoması, kalp tümörleri, transtorasik ekokardiografi

Miksomalar kalple ilgili primer tümörlerin en sık görülenidir. Komplikasyonları embolizasyon, kist ve mikroabse teşekkülü, senkop ve ani ölümdür. Bu tümörler çoğunlukla sol atriumdan gelişir (%75) ve daha nadir olarak sol ventrikülden ortaya çıkarlar. (%4) (1). 1992 yılında yayınlanmış Japonca bir literatürde, o tarihe kadar İngilizce literatürde 26, Japonca literatürde 6 adet sol ventrikül miksomasının tebliğ edildiği yazılmıştır (2). 1992-1995 yıllarına ait literatürlerde ise 13 yeni vaka ilave olmuştur (3-13).

OLGU BİLDİRİŞİ

40 yaşındaki erkek hastanın (Protokol No:6500/94) ilk şikayeti 1.5 yıl önce şuur kaybı ve bayılma ile başlamıştır. Bu klinik tablodan hemen sonra epileptik ataklar geliştiği için bilgisayarlı beyin tomografisi çekilmiş ve sol frontoparietal bölgede beyaz madde içinde ödem ve vasküler yapılarla hemoraji alanları saptanması üzerine hastaya Car-

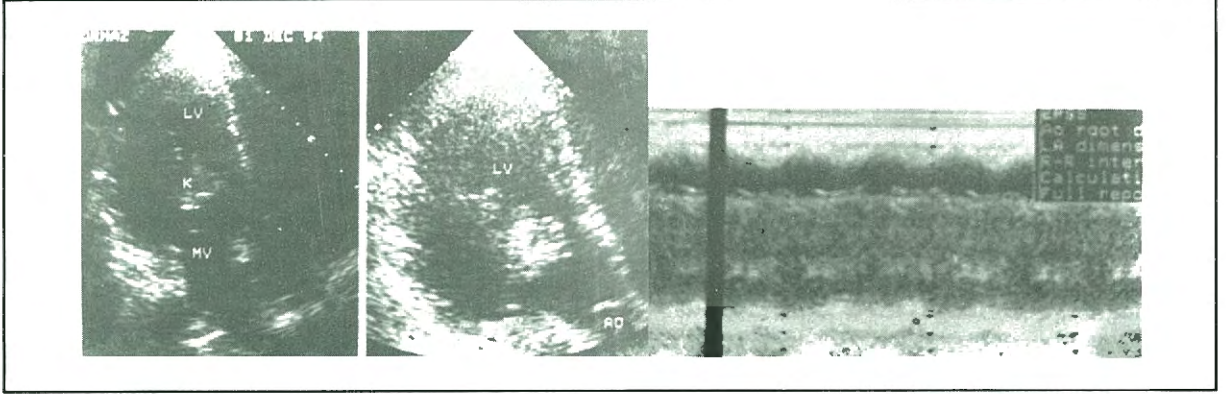
bamezapin (Tegretol) tavsiye edilmiştir. Hastanın şikayetleri son zamanlarda karakter değiştirmiş, eforla nefes darlığı ve çarpıntı artmış, zaman zaman retrosternal ağrılar gelişmiştir. Hastaya transtorasik ekokardiografi çekilmiş, sol ventrikül içinde kitle tespit edilmiş ve ileri tetkik ve tedavi amacıyla Prof. Dr. Siyami Ersek İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi'ne yatırılmıştır. (Şekil 1)

Fizik Muayene: TA: 140/80 mm Hg, nabız 80/dakikadır. Telegrafide kalp konturları ve kardiyotorasik oran normaldir. Oskültasyonda minimal bir sistolik üfürüm duyulmaktadır.

Laboratuvar Bulguları: EKG sinüs ritmindedir. Hematolojik tetkikler ve kan biokimyası normaldir. Sedimantasyon hızı 1 saatte 14 mm.dir.

Hemodinamik ve Magnetik Rezonans Tetkikler: 14.12.1994 tarihli sineanjiyoventrikülografide koroner ve karotis arter anjiyogramları normal bulunmuştur. Sağ ventrikülografinin geç fazında pulmoner venler tarafından doldurulan sol ventrikül kavitesi içinde dolun defekti meydana getiren kitle görülmüştür. Kardiyak MR'da sol ventrikülden polipoid kitle, serebral MR'da ise sol frontoparietal bölgede infarkt ve çevresinde rezidüel hemorajik alanlar tespit edilmiştir. (Resim 2,3). Ameliyat: Hasta 21.12.1994 tarihinde açık kalp cerrahisine alındı. 28° C sistemik hipotermi, dış soğuk ve Plegisol soğuk K⁺ kristalloid kardiyopleji verilerek kros klemp konuldu ve kalp durduruldu. LAD arterinin dış yanından apekse yakın olarak 4-5 cm. uzunluğunda sol ventrikülotomi yapıldı. Eksplozasyonda sol ventrikül kavitesini %60 nispetinde dolduran polipoid, jelatinöz, lobüle, yer yer saydam, yapışık olduğu bölgelerde ve özellikle pedikülüne yakın yerlerde sert ve fibrotik, ventrikül duvar hareketleri ile travmatize kısımları ise hemorajik olan kitle görüldü. Kitlenin posterior papiller adale corda tendinea'larından çıktığı ve bir pedikülünün bulunduğu saptandı. Yapışıklıklar dolayısıyla en blok rezeke edilemeyeceği düşünülerek, özellikle mitral kapak ve mitral kapak altı apareyi ile aorta kuspislerinin daha iyi korunabilmesi için, kitle kısım kısım parçalanarak çıkarıldı. Ameliyat esnasında frozen biopsi, daha sonra parafin kesitler ve hematoksilen eozin boyası miksomaya karakteristik görüntüler vermiştir. (Şekil 4). Sol ventrikülotomi her 2 kenarı teflon felt takviyeli 2-0 prolen dikişle kapatılmıştır. Postoperatif Seyir: Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 10. gün şifa ile taburcu edilmiştir. İki ve sekiz ay sonra yapılan kontrol ekokardiografilerde sol ventrikül kavitesi içinde rezidüel veya nüks tümoral kitle saptanmamış, sol ventrikül, mitral ve aort kapak fonksiyonları normal bulunmuştur (Şekil 5).

Alındığı tarih : 4 Şubat, revizyon 27 Temmuz 1996
Yazışma Adresi : Dr. Murat Konuk, Feneryolu Dr. Ayanoğlu
Cad. Eflatun Sok. Anı Apt. No:1/9 Kızıtoprak İstanbul 81031
Tel.: (0216) 414 04 67



Şekil 1

TARTIŞMA

Tanımlanan ilk sol ventrikül miksoması 1947 yılında Young ve Hunter tarafından 10 yaşındaki bir kız çocuğunda nekropsisi esnasında tespit edilen olgudur (14).

1959'da Fayer ve Baglio yine otopsi esnasında 45 yaşındaki bir kadın hastada sol ventrikül miksoması saptamışlardır (14). 1959 yılında Jerome Kay ilk başarılı sol ventrikül miksoma rezeksiyonunu yapmıştır. 32 yaşındaki kadın hastada mitral stenozu ön tanısı ile kapalı mitral kommissürotomi ameliyatı yapılırken durum anlaşılmış ve ekstrakorporeal dolaşıma girilerek sol ventrikülotomi yolu ile kitle ekstripe edilmiştir (14). 1963 yılında Thomas ve ark. 14 yaşındaki bir kız çocuğunda sol atriotomi yoluyla, mitral anterior kapak corda tendinea'lar üzerindeki kitleyi, kapağın annulusunu kısmen keserek ve sonra tamir ederek çıkarmışlardır. Yazar bu yaklaşımla vizüali-

zasyon güçlüğünü ifade etmiştir. Hastası 8. gün anüri nedeniyle kaybedilmiştir (14).

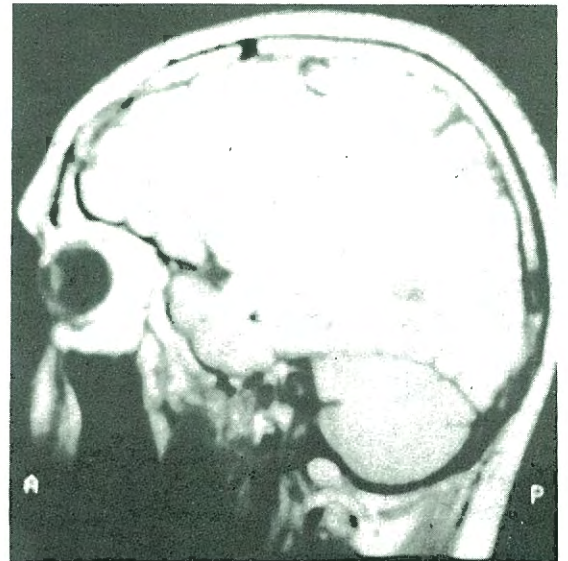
1990 yılında Panday ve arkadaşları sol ventrikül miksoma tanısında transtorasik ekokardiografi ve renkli Doppler'in önemini vurgulamışlar ve o tarihe kadar İngilizce literatürde 22 sol ventrikül miksoma olgusunun bulunduğunu yazmışlardır (15). Kendi olgularında tümör sol ventrikül septum endokardından kaynaklanmış ve sağ atriotomi yolu ile interatrial septum üzerinden, mitral kapak içinden çıkarılmıştır.

1992 yılına ait çok merkezli bir olguda hem transtorasik, hem de transözofajeal ekokardiografi yöntemlerinden tanı ve operasyon esnasında faydalanılabileceği yazılmıştır (1).

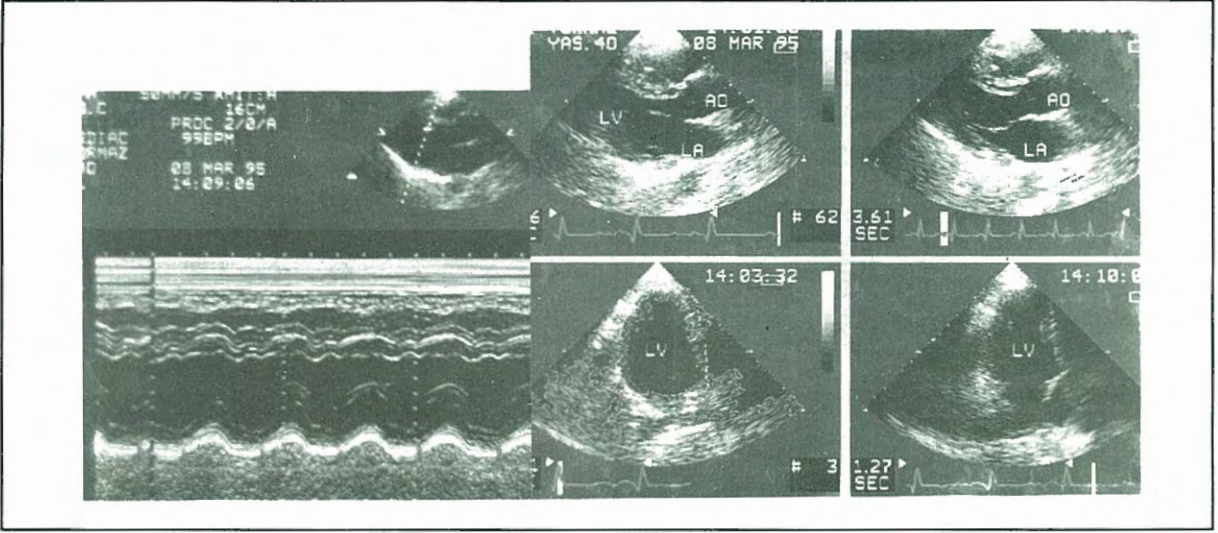
Sol ventrikül miksoması birden fazla bulunduğu za-



Şekil 2



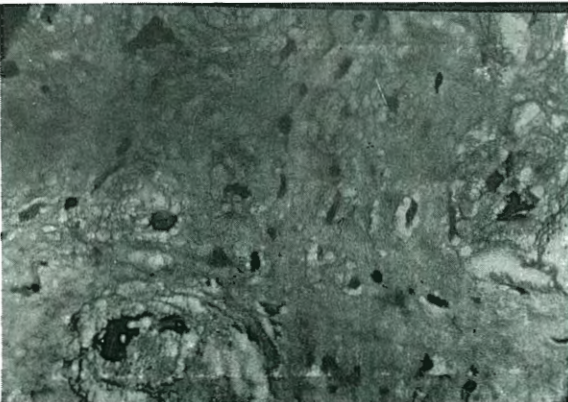
Şekil 3



Şekil 4

man, preoperatif dönemde sayılarının ve yerleşim yerlerinin kesin olarak bilinmesi cerrahi ulaşım stratejisinin belirlenmesinde önemlidir. Ameliyatta mitral kapağa ve kapak altı apereyine mümkün olduğu kadar az zarar vermek gerekir. Kapak plastisi veya halka konularak yapılan tamirlerin yeterliliğinden kardiopulmoner bypass sonunda transözofajeal ekokardiografi ile emin olunabilir.

Bu hususta kendi hastanelerine ait miksoma serisinde tek bir sol ventrikül miksoma olgusu bulunan ve kitleyi asandan aortotomi yoluyla eksize eden Burakovsky ve arkadaşları (16) miksomanın yeterli eksizyonunun nüks meydana gelmemesi için büyük önem taşıdığı ve valvüler aparatusta fonksiyonunda her hangi bir bozukluğun husule geldiğinden şüphelenildiği takdirde plasti yerine doğrudan kapak replasmanı yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.



Şekil 5

Literatürdeki olgularda tümöre cerrahi ulaşım şekilleri ve tanı yöntemleri teknolojik gelişmelere paralel olarak değişiklik göstermektedir.

Bizim olgumuzdaki kitle, sol ventrikül kavitesi içinde geniş bir yer işgal etmektedir. Ancak pedikülünün kesin olarak lokalizasyonunun yapılamaması ve yer yer yapışıklıkların olması nedenleriyle, hem daha rahat bir ekspozisyonun sağlanması böylece mitral kapak ve kapak altı apereyine daha az zarar verilmesi, hem de rezidüel kitle kalmasının önlenmesi için sol ventrikülotomi yolu tercih edilmiştir. Erken dönem kanama komplikasyonlarına meydan vermemek için de ventrikülotomi çift sıra teflon felt içine alınarak kapatılmıştır. Hastamızın taburcu olduktan sonra yapılan transtoraki ekokardiografik kontrollerinde nüks kitle saptanmamıştır. Ancak hastalığın familial bir özellik taşıması bakımından (17) hem kendisinin hem de yakın akrabalarının belirli aralıklarla ekokardiografik ve klinik takipleri yapılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Samdarshi TE, Mahan EF, Nanda NC, Guttrie JFW, Bernstein IY, Kirklin JW: Transesophageal echocardiographic diagnosis of multicentric left ventricular myxomas mimicking a left atrial tumor. J Thorac Cardiovasc Surg 1992;103:471-474
2. Aota M, Kohno S, Komiya T, Nakomura T, Kanzaki Y: A case report of left ventricular myxoma. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 1992;40:404-408

3. Soma Y, Ogawa S, Iwarago S, Yazu R, Kudo M, Handa S, Kawada S, Sugiura H: Multiple primary left ventricular myxomas with multiple intraventricular recurrences. *J Cardiovasc Surg Torine* 1992;33:765-767
4. Carranza-Rebollar A, Ochoa-Ramirez E, Ponce de la Garza L: The surgical treatment of cardiac myxomas. 10 years of experience. *Arch Inst Cardiol Mex* 1992;62:121-126
5. de Almeida EC: The transesophageal echocardiographic diagnosis of left ventricular myxoma. *Arq Bras Cardiol* 1992;59:227-229
6. Gotoh Y, Kuribayashi R, Sakurada T, Sekine S, Aida H, Abe T, Atsumi H: Surgical treatment of cardiac myxomas. *Kyobu Geka* 1993;46:1115-1118
7. Lijoi A, Scoti F, Faveto C, Canale C, Parodi E, Passerone GD, Dottori V, Venere G: Surgical management of intracardiac myxomas. A 16 year experience. *Tex Heart Inst J* 1993;20:231-234
8. Kanda T, Nakajima T, Sakamoto H, Suzuki T, Murata K: An interleukin-6 secreting myxoma in a hypertrophic left ventricle. *Chest* 1994;105:962-963
9. Bauer MF, Aebert H, Zurbrugg H, Ruschoff J, Birhmaum DE: Torsades de pointes arrhythmia in a patient with left ventricular myxoma. *Chest* 1994 105:1876-1878
10. Silvestre G, Anselmi M, Mazzucco A: Isolated left ventricular myxoma discovered by two dimensional echocardiography. *G Ital Cardiol* 1994;24:769-772
11. Kowalik B, Waligorski S: A sacc of myxoma in the left heart ventricle. *Wiad Lek* 1994;47:629-631
12. Yamamoto K, Hayashi, Maruyama Y, et al: Surgical treatment of 22 primary cardiac myxomas. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi*. 1995;43:186-190
13. Koh WH, Chuah SC, Chng HH: Left ventricular myxoma, adrenal tumour and cutaneous vasculitis, a case report. *Singapore Med J* 1995;36:328-330
14. Thomas GI, Edmark KW, Jones TW, Eyer KM: Myxoma of the left ventricle. A case report. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1963;46:220-226
15. Panday S, Kubal G, Desal B et al: Successful surgical management of left ventricular myxoma: A case report and review of literature. Letters to the Editor. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;100:146-148
16. Burakovsky VI, Zuckerman GI, Kossateh GA et al.: Moscow USSR: Surgical treatment of cardiac myxomas. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988;96:800-805
17. McCarthy, Schaff HV, Carney JA, et al.: Deoxyribonucleic acid ploidy pattern of cardiac myxomas: Another predictor of biologically unusual myxomas. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989;98:1083-1086