

## Ciddi damarlanma ile ortaya çıkan sol atriyum miksoması: Ameliyat öncesinde koroner anjiyografinin yeri

### Left atrial myxoma with severe neovascularization: role of preoperative coronary angiography

Dr. Hakan Hasdemir, Dr. Ahmet T. Alper, Dr. Yücesin Arslan,<sup>#</sup> Dr. İzzet Erdinler

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Kardiyoloji Kliniği, <sup>#</sup>Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Özet** – Kardiyak miksomalar oldukça vasküler tümörlerdir ve bu damarlanmanın koroner anjiyografi ile değerlendirilmesi konusunda tam bir uzlaşısı yoktur. Altmış dört yaşında erkek hasta, efor dispnesi, halsizlik, eklem ağrıları, kilo kaybı, aralıklı ateş yükselmesi ve çarpıntı yakınmalarıyla başvurdu. Hastaya 18 ay önce sol ön inen artere koroner stent uygulanmıştı. Ekokardiyografik incelemede, sol atriyumda, hareketli, düzgün sınırlı bir kitle izlendi. Miksoma ötanısıyla yapılan koroner anjiyografide kitlenin sağ koroner arter proksimalinden çıkan damarlar ile beslendiği görüldü. Hastanın önceki girişim sırasındaki koroner anjiyografisi tekrar incelendi ve aynı kitlenin var olduğu, RCA'dan beslendiği, fakat boyutlarının çok daha küçük olduğu görüldü. Yaklaşık 5.5x1x0.5 cm boyutlarında olan kitle ameliyatla çıkarıldı ve tümörü besleyen RCA'dan çıkan büyük dalların ligasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası histopatolojik incelemede miksoma tanısı doğrulandı. Hastanın 20 aylık takibi sırasında semptomları tekrarlamadı, ekokardiyografik incelemelerde de herhangi bir patoloji saptanmadı.

**Summary** – Cardiac myxomas are highly vascular tumors and there is no consensus on the use of coronary angiography to assess their vascularity. A 64-year-old male patient presented with complaints of exertional dyspnea, fatigue, arthralgia, weight loss, intermittent high fever, and palpitation. He had an 18-month history of stent implantation for the left anterior descending coronary artery. Echocardiography showed a mobile mass in the left atrium with regular contours. Coronary angiography was performed with the initial diagnosis of myxoma and vascular supply of the tumor by the proximal branches of the right coronary artery was visualized. Re-evaluation of previous angiograms of the patient showed existence of the same mass, in significantly smaller size, and supply from the RCA. The mass which was 5.5x1x0.5 cm in size was removed by surgical resection and the branches of the RCA supplying the tumor were ligated. Histopathologic examination confirmed the diagnosis. During 20 months of follow-up, the patient was asymptomatic and echocardiographic examinations were normal.

#### OLGU SUNUMU

**K**ardiyak miksomalar oldukça vasküler tümörlerdir ve bu damarlanmanın koroner anjiyografi ile değerlendirilmesi konusunda tam bir uzlaşısı yoktur. Atriyumda miksoma olan bazı hastalarda anjiyografik olarak koroner arter hastalığı gösterilmiş olmakla birlikte, koroner anjiyografinin sadece iskemik semptomları olan hastalarda yapılmasını önerenler vardır.

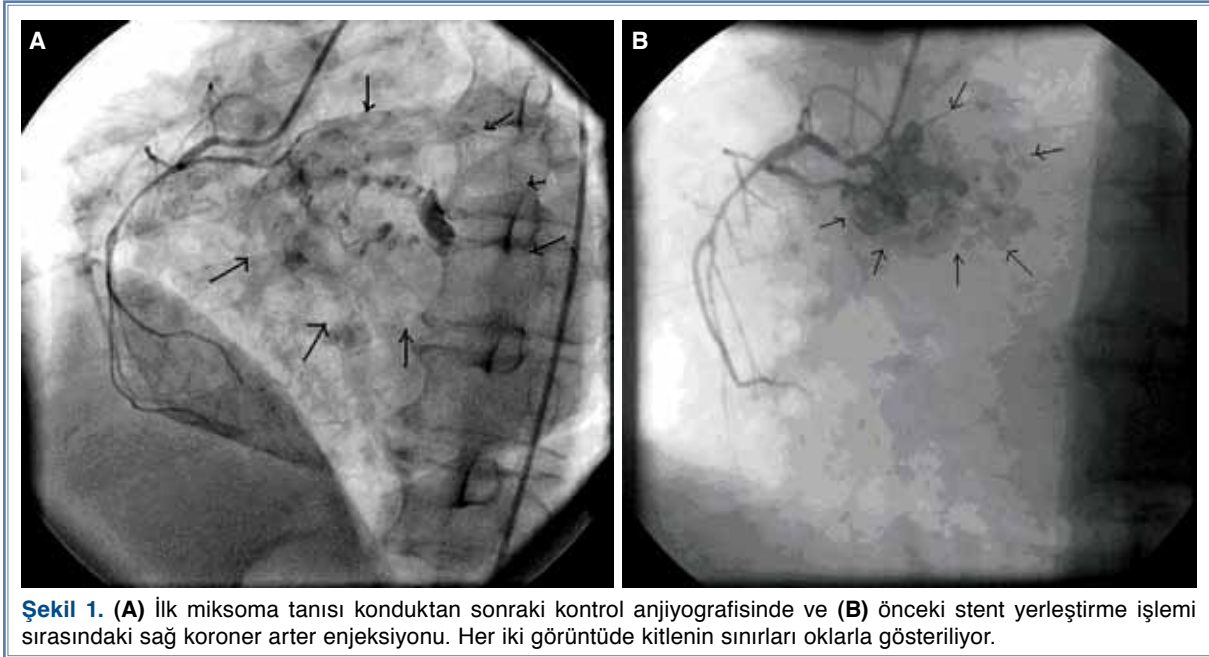
#### Kısaltmalar:

LAD Sol ön inen arter  
RCA Sağ koroner arter

Altmış dört yaşında erkek hasta, bir aydır var olan efor dispnesi, halsizlik, eklem ağrıları, kilo kaybı, aralıklı ateş yükselmesi ve çarpıntı yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Hastaya 18 ay önce sol ön inen artere koroner stent uygulanmıştı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde kan basıncı 135/85 mmHg, nabız 93/dk idi; dinlemede 2/6 dereceli mezokardiyak

Geliş tarihi: 17.06.2010 Kabul tarihi: 27.09.2010

Yazışma adresi: Dr. Hakan Hasdemir, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, 34736 Haydarpaşa, İstanbul. Tel: 0212 - 425 80 69 e-posta: hakanhasdemir@yahoo.com



**Şekil 1. (A)** İlk miksoma tanısı konduktan sonraki kontrol anjiyografisinde ve **(B)** önceki stent yerleştirme işlemi sırasındaki sağ koroner arter enjeksiyonu. Her iki görüntüde kitlenin sınırları oklarla gösteriliyor.

ve apikal diyastolik üfürüm duyuldu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde sedimantasyon 126 mm/sa, hematokrit %28, hemoglobin 9.7 gr/dl (normal 12.0-16.0), beyaz hücre sayısı 19000/mm<sup>3</sup>, hipokrom mikrositer eritrosit morfolojisi, C-reaktif protein 15.4 mgr/dl (0.1-8.2) bulundu.

Ekokardiyografik incelemede, sol atriyumda yerleşik, hareketli, interatriyal septuma tutunan, diyastolde mitral kapağa doğru sarkarak kapak üzerinde ortalama 7 mmHg gradiyent oluşturan, düzgün sınırlı bir kitle izlendi. Kitlenin öntanısı miksoma olarak düşünüldü. Bunun üzerine ameliyat kararı alınan hastaya koroner anjiyografi planlandı, fakat öncesinde kitlenin tam sınırlarının belirlenmesi ve toraksa yönelik ayrıntılı değerlendirme için toraks manyetik rezonans incelemesi yapıldı. Bu incelemeyle, kitlenin sadece sol atriyuma yerleşik olduğu ve miksoma ile uyumlu olduğu doğrulandı. Koroner anjiyografide, LAD artere yerleştirilen stentin açık olduğu izlendi, sirkumfleks arterde kritik olmayan darlık gözlemlendi, sağ koroner arter enjeksiyonunda RCA proksimalinden çıkan damarlar ile kitlenin beslendiği görüldü ve yaklaşık sınırları belirlendi (Şekil 1a). Bunun üzerine, hastanın LAD'ye stent takılması sırasında kaydedilen koroner anjiyografi filmleri incelendiğinde aynı kitlenin yine RCA'dan beslendiği, fakat kitlenin boyutlarının çok daha küçük olduğu görüldü (Şekil 1b). Karşılaştırılan her iki koroner anjiyografi görüntüleri arasında kitlede belirgin bir büyüme vardı ve hasta elektif şartlarda ameliyata alındı.

Ameliyatta, sol atriyumda interatriyal septuma tutunan, yaklaşık 5.5 x 1 x 0.5 cm boyutlarında, yüzeyi jelatinöz görünümlü, yer yer mukoid alanların olduğu miksoma görüldü. Kitle, sapı ve sapı çevreleyen interatriyal septumla birlikte başarıyla rezektö edildi, ardından septum defekti Dacron yama ile kapatıldı. Tümörü besleyen RCA'dan çıkan büyük dalların ligasyonu yapıldı. Kitlenin RCA'dan almış olduğu damarlar da kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası altıncı günde taburcu edildi. Patolojik incelemede miksoma tanısı doğrulandı. Hastanın 20 aylık takibi sırasında semptomların kaybolduğu ve laboratuvar değerlerinin normal olduğu görüldü. Ekokardiyografik incelemelerde de herhangi bir patoloji saptanmadı.

## TARTIŞMA

Kalbin primer tümörlerinin görülme sıklığı metastatik tümörlere göre oldukça nadirdir ve otopsi serilerinde %0.002 ile %0.3 arasında bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Bunların %80'i benign, geri kalanı ise malign tümörlerdir.<sup>[2]</sup> Miksomaların görülme yaşı ortalama 50'dir ve hastaların %70'i kadındır. Tümörlerin %86'sı sol atriyumda gelişir ve fossa ovalis bölgesine tutunurlar; %90'ı soliterdir.<sup>[3]</sup> Miksomalar nadiren sol atriyum posteriyor duvarında gelişebilir ve bu yerleşimde tümörün malign olma potansiyeli artmıştır.

Miksomaların klinik bulgu ve semptomları üç grup altında incelenebilir: (i) Mitral veya triküspit kapağın fonksiyonunun bozulmasına bağlı gelişen

semptom ve bulgular (dispne, hemoptizi, diyastolik veya sistolik üfürümler, pulmoner hipertansiyon, atriyal fibrilasyon); (ii) periferik ve serebral embolizme bağlı semptom ve bulgular (serebrovasküler olay, miyokart enfarktüsü, mezenter iskemi); (iii) bünyesel semptom ve bulgular (ateş, kilo kaybı, yorgunluk, artıralji, anemi, yüksek eritrosit sedimantasyon hızı, artmış globulin seviyeleri).

Miksomaların koroner arterlerden damarlanma ile vasküler bir yapı halini alması nadir görülen bir durum değildir. Anjiyografik olarak saptanabilen miksoma ve damarlanma sıklığı yaklaşık %40'tır ve bu durum sıklıkla koroner arter hastalığı şüphesi nedeniyle yapılan koroner anjiyografi sırasında tesadüfen saptanır. Hastamızda da, 18 ay önce stent yerleştirilmesi sırasında RCA'daki beslenme şekli dikkate alınmamıştır.

Miksomaların sıklıkla kanlandığı arter RCA'dır, bunu sirkumfleks arter izler; ayrıca, her iki koroner arterden kanlanan miksomalar da bildirilmiştir. Damarlanma gösteren miksomaların klinik önemi tam anlaşılacakla birlikte, tümör içine akut kanama ile yüzeyde trombüs oluşumu ve emboli kaynağı olabileceği düşünülmüştür. Miksomaların ortalama büyüme hızı değişkenlik göstermekle birlikte, literatürde en uzun süreli takip edilen bir hastada yılda 0.2 cm<sup>2</sup> büyüme görülmüştür.<sup>[4]</sup> Sunulan hastada 18 aylık süre içinde tümör boyutlarında yaklaşık 2-2.5 kat büyüme gözlenmiş; bu durum tümörün vasküler bir yapı halini almasına bağlanmıştır.<sup>[5]</sup>

Miksomalı hastalarda gözlenen ateş, kilo kaybı, artmış lökosit sayısı ve yüksek eritrosit sedimantasyon hızı gibi bünyesel semptom ve bulgulardan artmış IL-6 ve diğer sitokinlerin sorumlu olduğu kanıtlanmıştır.<sup>[6,7]</sup> Bu semptom ve bulguları gösteren miksomalı hastalarda tümör rezeksiyonu sonrası IL-6 düzeylerinde belirgin bir düşme gösterilmiştir. Hastamızda da tüm bünyesel semptom ve bulgular gözlenmiş ve bunlar ameliyat sonrasında kaybolmuştur. Tümörün damarlanması, aralarında tümör nekroz faktörü ve IL-6'nın da bulunduğu bir takım sitokinlere bağlı olduğuna göre, bünyesel semptomları olan hastalarda tümörde damarlanma gelişmesi ile semptomların şiddeti arasında bir ilişki kurulabilir.

Bunlara ek olarak, tümörün koroner arter tarafından kanlandırılması ameliyat stratejisini tamamen değiştirebilir. Hastamızda olduğu gibi, arteryel dalların cerrahi ligasyonu çok önemlidir; bu dalların tanımlanması ve ligasyonunun tam olarak yapılamaması, serbest kalan dalların sol atriya boşalmasına ve çalma sendromu ve miyokart iskemisi gelişmesine neden olabilir.

Sonuç olarak, sunulan hastada tümörün hızlı büyümesi, damarlanma yoluyla beslenmesine bağlı olabilir. Şiddetli bünyesel semptom ve bulguların olması da hızlı büyümeye ve kanda yüksek sitokin düzeyine işaret etmektedir. Bu tür semptomları fazla olan hastalarda, daha yoğun damarlanma olasılığı ve ameliyat stratejisinin değişmesi nedeniyle, koroner anjiyografi değerlendirmesi daha uygundur.

*Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.*

## KAYNAKLAR

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. Am J Cardiol 1996;77:107.
2. Burke A, Virmani R, editors. Classification and incidence of cardiac tumors. In: Tumors of the heart and great vessels. Atlas of tumor pathology. 3rd series. Fascicle 16. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1996. p. 1-11.
3. Salcedo EE, Cohen GI, White RD, Davison MB. Cardiac tumors: diagnosis and management. Curr Probl Cardiol 1992;17:73-137.
4. Currey HL, Mathews JA, Robinson J. Right atrial myxoma mimicking a rheumatic disorder. Br Med J 1967;1:547-8.
5. Séguin JR, Beigbeder JY, Hvass U, Langlois J, Grolleau R, Jourdan M, et al. Interleukin 6 production by cardiac myxomas may explain constitutional symptoms. J Thorac Cardiovasc Surg 1992;103:599-600.
6. Ullah W, McGovern R. Natural history of an atrial myxoma. Age Ageing 2005;34:186-8.
7. Batur MK, Yıldırım A, Kabakçı G, Aksöyek S. A huge mitral valve tumor and its vascularity-a case report. Angiology 2001;52:77-81.

**Anahtar sözcükler:** Koroner anjiyografi; kalp neoplazileri; miksoma/tanı/cerrahi; damarlanma, patolojik.

**Key words:** Coronary angiography; heart neoplasms; myxoma/diagnosis/surgery; neovascularization, pathologic.