

Sol atriyumda atipik yerleşimli miksonoma

Left atrial myxoma with atypical localization

Dr. Nilüfer Ekşi Duran, Dr. Mehmet Özkan

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Otuz yedi yaşında erkek hasta çarpıntı ve yorgunluk şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde belirgin özellik saptanmadı. Biyokimyasal tetkikleri sedimantasyon (52 mm/saat) dışında normal bulundu. Transtorasik ekokardiyografide sol atriyumda interatriyal septumun üst kısmından kaynaklanan, 6.5x1.5 cm boyutlarında, her kardiyak siklusta mitral kapaklardan çıkıp sol ventriküle doğru uzanan, uç kısmı parçalı, ileri derecede hareketli dev kitle izlendi. Transözofajiyal ekokardiyografide mobil kitlenin interatriyal septumun posterosuperior kısmında, sağ üst pulmoner vene yakın bir bölgeye ince bir pedikül ile tutunduğu görüldü. Cerrahi olarak çıkarılan kitlenin histopatolojik tanısı miksonoma olarak kondu.

Anahtar sözcükler: Ekokardiyografi; kalp atriyumu; kalp neoplazileri/patoloji; miksonoma/ultrasonografi.

A 37-year-old man presented with complaints of palpitation and fatigue. Physical examination and laboratory findings were normal except for moderately elevated erythrocyte sedimentation rate (52 mm/hr). Transthoracic echocardiography revealed an extremely mobile mass in the left atrium, 6.5 x 1.5 cm in size, with a fragmented distal portion. It arose from the superior part of the interatrial septum and, in each cardiac cycle, was moving into the left ventricle through the mitral valve. Transesophageal echocardiography showed that the mass was attached with a thin pedicle to the posterosuperior part of the interatrial septum, close to the right upper pulmonary vein. The mass was surgically excised and histopathologic diagnosis was myxoma.

Key words: Echocardiography; heart atria; heart neoplasms/pathology; myxoma/ultrasonography.

Miksomalar en fazla görülen benign kardiyak tümörlerdir ve tüm primer kardiyak tümörlerin %30'unu oluştururlar.^[1] Miksomalar için tipik yerleşim yeri interatriyal septumda fossa ovalis bölgesidir. Kitlenin bulunduğu kalp boşluğu ve tutunduğu yüzey kitlenin trombus, vejetasyon ve diğer tümörlerden ayrıca tanıda birçok ipucu vermektedir. Bu ayrımda hastanın kliniği ve ekokardiyografik verileri büyük önem taşımaktadır. Bu yazıda sol atriyumda atipik yerleşimli ve görünümlü miksonoma saptanan bir olgu sunuldu.

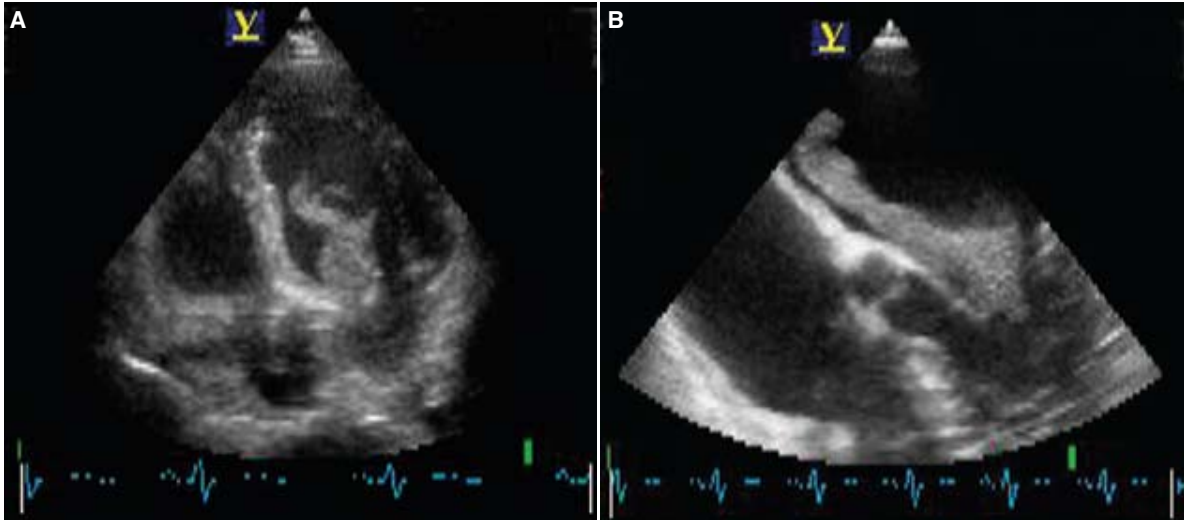
OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında erkek hasta polikliniğimize eforla oluşan çarpıntı ve yorgunluk şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde belirgin bir özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 120/75 mmHg, nabızı 72/dk bulundu. Kalp oskültasyonunda ek ses duyulmadı. EKG normal sinüs ritmindeydi.

Biyokimyasal tetkiklerde sedimantasyon değeri saatte 52 mm idi; diğer parametreler normal sınırlardaydı. Hastanın çarpıntı şikayeti ve orta derecede sedimantasyon yüksekliği nedeniyle yapılan transtorasik ekokardiyografide, sol atriyumda interatriyal septum boyunca ve sol atriyum tavanına doğru izlenen, 6.5x1.5 cm boyutlarında, diyastolde mitral kapaklardan çıkıp sol ventriküle doğru uzanan, obstrüksiyon yapmayan, uç kısmı parçalı (fragmente) görünümü hareketli bir kitle izlendi (Şekil 1a). Transözofajiyal değerlendirmede, kitlenin sol atriyum interatriyal septumun posterosuperior kısmına, pulmoner ven ağzına yakın bir bölgeye ince bir sap ile tutunduğu gözlemlendi (Şekil 1b). Kitle cerrahi girişimle çıkarıldı (Şekil 2). Patolojik inceleme sonucu miksonoma olarak bildirildi (Şekil 3). Hastanın iki ay sonra yapılan kontrol ekokardiyografisi normal olarak değerlendirildi ve ekokardiyografi kontrolleri ayarlanarak hasta takibe alındı.

Geliş tarihi: 31.10.2006 *Kabul tarihi:* 22.06.2007

Yazışma adresi: Dr. Nilüfer Ekşi Duran, Beyazkaranfil Sok., No: 4, D: 10, 34178 Acıbadem, Kadıköy, İstanbul.
Tel: 0216 - 545 26 73 Faks: 0216 - 456 63 21 e-posta: eksduran@yahoo.com



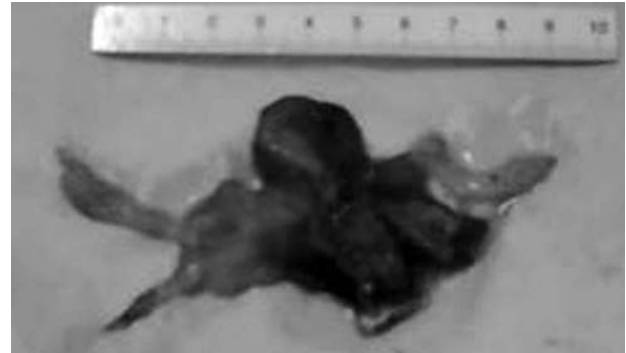
Şekil 1. (A) Transtorasik ekokardiyografide interatriyal septumdan kaynaklanan ve distal kısmı parçalı olan kitlenin mitral kapaklardan geçip sol ventriküle doğru uzandığı görülüyor. (B) Transözofajiyal ekokardiyografide kitlenin interatriyal septumun üst kısmına yerleşimli olduğu izleniyor.

TARTIŞMA

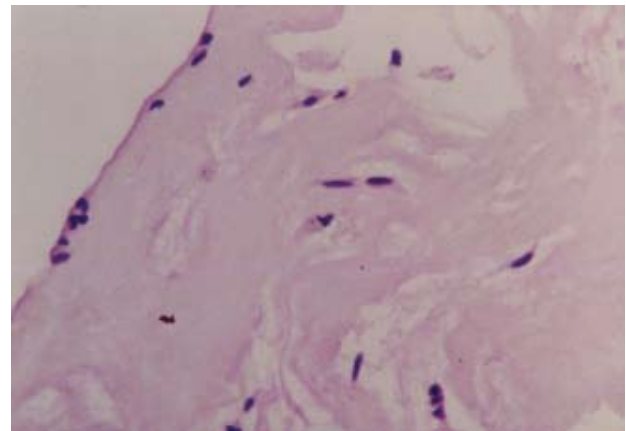
Miksonma en fazla görülen benign kardiyak tümördür ve tüm primer kardiyak tümörlerin %30'unu, tüm benign tümörlerin yarısına yakını oluşturur. Miksomaların %70'i sol atriyumda, %20'si sağ atriyumda, %5'i sol ve sağ ventrikülde görülmektedir.^[1-4] Tümörün kapak yerleşimi çok nadirdir. Tipik olarak yerleşim yeri interatriyal septumda fossa ovalis bölgesidir.^[5,6] AFIP'nin (Armed Forces Institute of Pathology) geniş çaplı serisinde bu oran %78 olarak bildirilmiştir.^[6] Miksomanın endokardiyal yüzeye tutunması çoğunlukla ince bir pedikül iledir; %10 oranında da pedikülsüz olarak geniş bir tabanla tutunur.^[5] Morfolojik olarak iki tip miksonma tanımlanmıştır: Yuvarlak, düzgün yüzeyli ve solid kitle (globüler yapı), düzensiz yüzeyli ve parçalı kitle (polipoid yapı).^[7] Olgumuzda sol atriyumda interatriyal septumun superior kısmında, pulmoner ven ağzına yakın bir bölgeye ince bir sapla tutunan ileri derecede hareketli fragmente dev kitle morfolojik olarak polipoid yapısıyla ilk sırada miksomayı düşündürmüyordu ve yerleşim yeri olarak klasik miksonma için atipik özellik göstermekteydi.

Miksonma sporadik ve familial form olarak ikiye ayrılır. En fazla görülen sporadik form olmakla birlikte familial form %7 oranında bildirilmiştir.^[8] Sporadik form tipik yerleşim gösterirken, familial form daha genç yaşla birlikte, atipik yerleşimde ve multipl tümör oluşumu ile karşımıza çıkar. Vidaillet ve ark.^[9] familial miksomayı bir sendrom olarak Carney kompleksinin bir parçası olarak bildirmişlerdir. Özdemir ve ark.^[10] sundukları olguda sol atri-

yal miksonma ve ayak sırtında 10 mm çapında ağrısız kitlenin birlikteliği ön planda Carney sendromunu düşündürmüştü de, ayaktaki kitlenin patoloji sonucu benign schwannom ile uyumlu bulunmuş, Carney



Şekil 2. Cerrahi olarak çıkarılan kitlenin parçalı görünümü.



Şekil 3. Seyrek kübik endotelle dōşeli dokunun miksoid ve psödokistik stroması içinde stellat uzantıları bulunan fuziform benign hücreler görülüyor (H-E x 400).

sendromunda görülen tipik melanotik psammomatoz değişimler izlenmemiştir. Bu nedenle, benzer durumlarda kesin tanıyı belirlemek için patolojik tanıya gerek vardır.

Klinik bulgular tümörün büyüklüğü ve bulunduğu kalp boşluğuna göre değişebilir. Biyokimyasal parametrelere sedimantasyon ve CRP yüksekliği görülebilir. Bu semptomların tümörden salınan vazoaktif ürünlere veya tümöre karşı oluşan otoimmün yanıtı bağlı olabileceği bildirilmiştir.^[11] Hastamızda özellikle eforla ortaya çıkan çarpıntı ve yorgunluk şikayeti vardı; klinik olarak ateş, lökositoz yoktu. Sedimantasyon yüksekliği orta düzeydeydi. Kitle ilk planda parçalı yapısıyla vejetasyonu düşündürmekle birlikte, hastanın kliniği stabil, öyküsünde ve biyokimyasında vejetasyon öntanısını destekleyecek bulgu yoktu. Kalp kapak hastalığının bulunmaması, kalp boşluklarının normal sınırlarda olması, ventrikülde anevrizmatik veya akinetik segment hareket kusuru bulunmaması, hastanın normal sinüs ritminde olması ve yaşı kitlenin trombus olma olasılığını azaltmaktaydı.

Kitlenin sol atriyumda atipik yerleşim göstermesine rağmen interatriyal septumla ilişkili olması ve ince bir pedikül ile endokardiyal yüzeye tutunması ekokardiyografik olarak miksoma tanısını düşündürmekteydi. Kitlenin ileri derecede hareketli olması ve düzensiz yapısı en kısa sürede ameliyat endikasyonu olarak değerlendirildi.

KAYNAKLAR

1. Meng Q, Lai H, Lima J, Tong W, Qian Y, Lai S. Echocardiographic and pathologic characteristics of primary cardiac tumors: a study of 149 cases. *Int J Cardiol* 2002;84:69-75.
2. St John Sutton MG, Mercier LA, Giuliani ER, Lie JT. Atrial myxomas: a review of clinical experience in 40 patients. *Mayo Clin Proc* 1980;55:371-6.
3. Markel ML, Waller BF, Armstrong WF. Cardiac myxoma. A review. *Medicine* 1987;66:114-25.
4. Burke AP, Virmani R. Cardiac myxoma. A clinicopathologic study. *Am J Clin Pathol* 1993;100:671-80.
5. Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. *J Am Soc Echocardiogr* 2006;19:230-40.
6. McAllister HA Jr, Fenoglio JJ Jr. Tumors of the cardiovascular system. *Atlas of tumor pathology. Fascicle 15, 2nd ed.* Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1978.
7. Ha JW, Kang WC, Chung N, Chang BC, Rim SJ, Kwon JW, et al. Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. *Am J Cardiol* 1999;83:1579-82.
8. Roberts WC. Primary and secondary neoplasms of the heart. *Am J Cardiol* 1997;80:671-82.
9. Vidaillet HJ Jr, Seward JB, Fyke FE 3rd, Su WP, Tajik AJ. "Syndrome myxoma": a subset of patients with cardiac myxoma associated with pigmented skin lesions and peripheral and endocrine neoplasms. *Br Heart J* 1987;57:247-55.
10. Ozdemir N, Kaymaz C, Ozveren O, Akçay M, Ipek G, Oztek I, et al. Coincidence of sporadic left atrial myxoma and benign schwannoma of the foot erroneously diagnosed as Carney complex. *Echocardiography* 2003;20:385-6.
11. Yuehua L, Jing G, Kai F, Hongwei W, Jingjing L. Left atrial myxoma presenting with erythematous macules and loss of memory. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:383-6.