

Tekrarlayan pulmoner tromboembolili bir olguda sağ atriyum ve inferior vena kavada miksomayı taklit eden trombüs

Thrombi in the right atrium and inferior vena cava mimicking myxoma in a patient with recurrent pulmonary thromboembolism

Dr. Tolga Aksu, Dr. Erdem Tümer Güler, Dr. Omaç Tüfekçioğlu, Dr. Ayşegül Öz Aksu¹

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara;

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

İki yıl önce pulmoner tromboemboli tanısıyla başlanan oral antikoagülan tedavisini sürdürmekte olan 26 yaşındaki erkek hasta, son bir haftadır ortaya çıkan göğüs ağrısı, nefes darlığı ve hemoptizi yakınmalarıyla başvurdu. Transtorasik ekokardiyografide, sağ atriyum içerisinde 3.5x3 cm boyutlarında ve vena kava inferiorunda 1.5x1 cm boyutlarında iki adet kitle görünümü izlendi. Yapılan incelemelerde vejetasyon ve sekonder kardiyak tümör olasılığı dışlandı ve sürdürülen oral antikoagülan tedavi de göz önüne alınarak, trombüs oluşumuna neden olabilecek ek bir patoloji saptanmadı. Ayırıcı tanıda öncelikli olarak çoklu miksoma düşünülerek hastaya cerrahi uygulandı. Çıkarılan kitlelerin patolojik inceleme sonucu trombüs olarak bildirildi.

Anahtar sözcükler: Tanı, ayırıcı; ekokardiyografi; kalp atriyumu; pulmoner embolizm; tromboz; vena kava, inferior.

A 26-year-old male patient presented with complaints of pain, dyspnea, and hemoptysis of one-week history, while on oral anticoagulation treatment that had been started two years before upon the diagnosis of pulmonary thromboembolism. Transthoracic echocardiography showed two mass lesions in the right atrium and inferior vena cava, measuring 3.5x3 cm and 1.5x1 cm, respectively. The possibility of vegetation or secondary cardiac tumor was excluded by further examinations and, considering consistent oral anticoagulation, no other cause could be determined related to thrombus formation. Multiple cardiac myxomas were thought for the differential diagnosis and the patient underwent surgery. Histopathologic diagnosis of both masses was thrombus.

Key words: Diagnosis, differential; echocardiography; heart atria; pulmonary embolism; thrombosis; vena cava, inferior.

İntrakardiyak kitleler, ekokardiyografinin artan kullanımını nedeniyle daha sık karşılaştığımız bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bu hastalık grubunun doğru tanısı, uygulanacak cerrahi ya da medikal tedavi ayrımında temel belirleyicidir. İntrakardiyak trombüs ve buna bağlı tekrarlayan pulmoner tromboemboli, genelde pıhtılaşma parametrelerinde bozukluk, malignite ya da kapak hastalığı gibi bir faktör zemininde gelişmekle birlikte, nadir bazı olgularda idiyopatik gelişim de gösterebilmektedir.

OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşında erkek hasta, son bir haftadır ortaya çıkan ve giderek artan göğüs ağrısı, nefes darlığı ve hemoptizi yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Öyküsünden, iki yıl önce de benzer şika-

yetlerinin olduğu ve pulmoner tromboemboli (PTE) tanısı konarak etkin dozda oral antikoagülan (OAK) tedavisi gördüğü öğrenilen hastanın bu tedavi sonrasında şikayetlerinin düzeldiği anlaşıldı. Son bir haftaya kadar herhangi bir şikayeti olmayan ve başvurusunda halen OAK tedavisi görmekte olan hastanın iki aydır INR düzeyinin ölçülmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde her iki taraf akciğerde oskültasyonda solunum seslerinde azalma saptanırken, kardiyak muayenesinde sağ taraf S4 hariç patolojik bir bulgu yoktu. Acil serviste çekilen EKG'sinde sinüs taşikardisi ve Q3 T3 görünümü saptandı. Arkadan çekilen akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinüs hizasında 2x2 cm'lik şüpheli opasite dışında patolojik bulgu saptanmadı. Arteriyel kan gazında SaO₂ %96, PaO₂ 75 mmHg, PCO₂ 33 mmHg ölçülen hastanın D-dimer

Geliş tarihi: 03.11.2007 Kabul tarihi: 24.12.2007

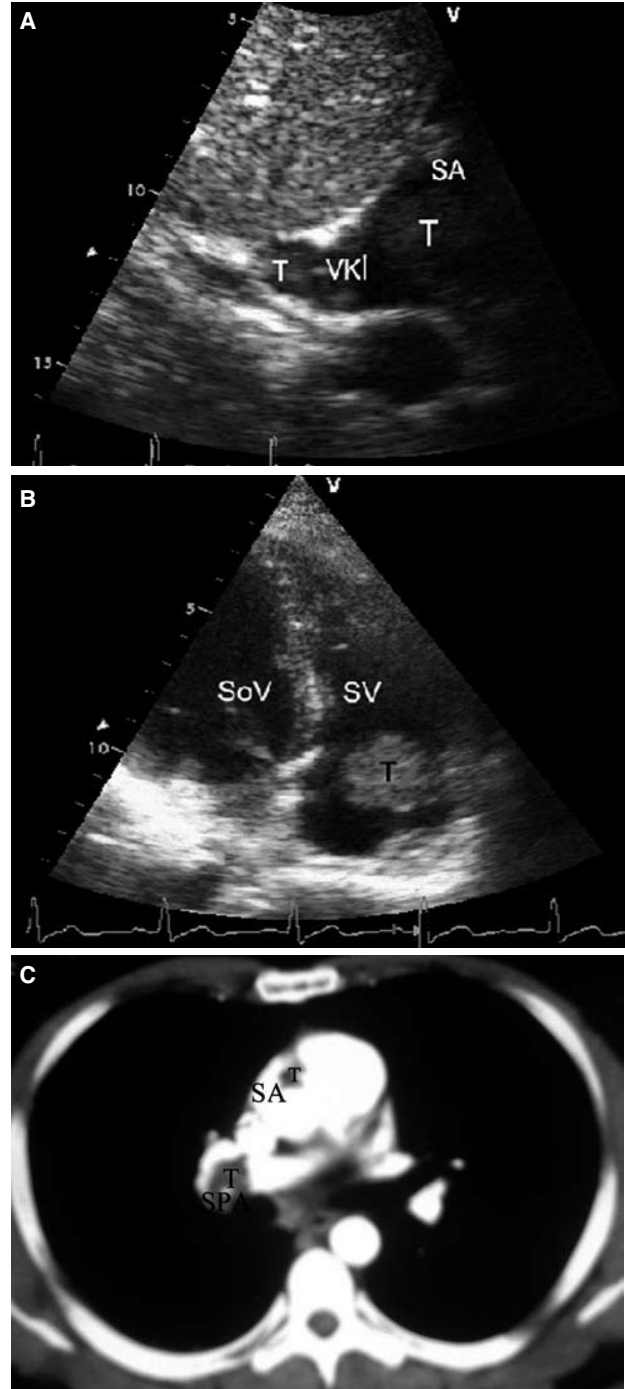
Yazışma adresi: Dr. Tolga Aksu, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, 06980 Ankara. Tel: 0312 - 306 11 57 Faks: 0312 - 434 36 81 e-posta: aksutolga@gmail.com

düzeyi 1200 mg/dl, INR düzeyi ise 2.1 idi. Mevcut bulgular ışığında pulmoner tromboemboli düşünülen hasta spiral bilgisayarlı tomografi (BT) ve transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile incelendi. Transtorasik ekokardiyografide, sağ atriyum içerisinde 3.5x3 cm boyutlarında ve vena kava inferiorun sağ atriyum açılma noktası yakınlarında 1.5x1 cm boyutlarında, ayırıcı tanıda öncelikle miksona ve trombüs düşündürülen iki adet kitle görünümü izlendi (Şekil 1a, b). Aksiyel planda 10 mm kesit kalınlığında 10 mm aralıklar ile uygulanan spiral BT'de ise, sağ atriyumda nodüler hipodens alan (miksona? trombüs?) ve sağ pulmoner arter distalinde ve inen dalında trombüs ile uyumlu defekt saptandı (Şekil c). Her iki pulmoner arter normal genişlikte idi.

Ayırıcı tanıda ön planda trombüs, miksona, vejetasyon ve sekonder kardiyak tümörler düşünüldü. Öncelikle, medikal tedavi ile geri dönüşümlü olabilecek trombüs ve vejetasyon tanıları değerlendirildi. Enfektif endokardit, Duke ölçütlerinin bulunmaması nedeniyle düşünülmedi. Hastada trombüs oluşumuna eğilim yaratabilecek ek bir patoloji olup olmadığı araştırıldı. İntrakardiyak trombüs etyolojisine yönelik yapılan incelemelerde antikardiyolipin antikor, faktör VIII, antitrombin III, antinükleer antikor, homosistein ve protein S ve protein C düzeyleri normal bulundu. Faktör 5 Leiden mutasyonu ve protrombin gen mutasyonu saptanmadı. Hastanın atriyal fibrilasyon ve kapak hastalığı gibi atriyal trombüse zemin oluşturabilecek veya Behçet hastalığı gibi bir sistemik hastalığı da yoktu. Olası bir emboli kaynağı olabileceği düşüncesiyle istenen alt ekstremitte venöz renkli Doppler tetkikinde trombüs lehine bulgu izlenmedi. Hastanın önceki öyküsünde PTE olması, alt sınırdaki birlikte etkin OAK tedavisi sırasında sağ atriyum ve vena kavada çoklu kitle görünümü saptanması ve yeniden semptomatik PTE ile başvurması nedeniyle trombüs tanısı ikinci planda düşünüldü. Sekonder kardiyak tümör için odak olabilecek kaynakların araştırıldığı abdominal BT'de böbrek, karaciğer ve adrenal bezde patoloji saptanmadı. Bu araştırmalar sonrasında, hastanın yaşı da göz önüne alınarak ayırıcı tanıda öncelikli olarak çoklu miksona düşünüldü ve tanı ve tedavi amaçlı cerrahi planlandı. Cerrahi sonrası çıkarılan kitlelerin patolojik incelemesinde, büyüğü 3.5x3x2 cm, küçüğü 1.5x1x1 cm olan lezyonlar düzgün yüzeyli, tamamı fibrin kitlelerinden oluşan trombüs olarak yorumlandı.

TARTIŞMA

Ekokardiyografinin klinik uygulamada artan kullanımını, kardiyak kitlelerle daha sık karşılaşılmasına yol açmıştır. Ayırıcı tanıda zorluk yaratan kardiyak kitleler, tutulan boşlukların tipine, ek kardiyak ve



Şekil 1. Transtorasik ekokardiyografide (A) subkostal görüntüde sağ atriyum (SA) ve inferior vena kava (VKI) içerisinde hiperekojen kitle görünümü. (B) Apikal görüntüde SA içerisinde hiperekojen kitle görünümü. (C) Spiral bilgisayarlı tomografide SA içerisinde nodüler hipodens alan (T), sağ pulmoner arter distalinde ve inen dalında trombüs (T) ile uyumlu defekt. SoV: Sol ventrikül; SV: Sağ ventrikül; SPA: Sağ pulmoner arter; T: Trombüs.

kardiyak dışı patolojilerin varlığına göre değerlendirilmektedir. İntraatriyal kitlelerin ayırıcı tanısında ön planda, atriyal fibrilasyon ile ilişkili trombüsler,

enfektif endokardit ile ilişkili vejetasyonlar ve kardiyak tümörler (özellikle de miksoma) düşünülmelidir.^[1-3]

İnferior ve superior vena kava, kalp içi kitleler için bir ulaşım yolu olabilmektedir. Böbrek üstü bezi, karaciğer ve böbrek maligniteleri kalp içine trombüs yayılımında kaynak görevi görebilmektedirler.^[3,4] Özellikle sağ atriyum ile birlikte vena kavada kitle olması durumunda, ayırıcı tanıda malignite olasılığı mutlaka akılda tutulmalıdır.

İntraatriyal ve vena kava inferiorunda trombüs birlikteliğinin bildirildiği birkaç olguda malignite zemininde (özellikle de böbrek kaynaklı) tümör trombüsü izlenmiştir.^[5-7] Ayrıca, alt ekstremitelerden kaynaklandığı düşünülen ve trombüse eğilim yaratabilecek herhangi bir malign odak bulunamayan bir olguda da sağ atriyum-vena kava inferior trombüsü saptanmıştır.^[8] Bunlar dışında, bildirilen çoklu intrakardiyak trombüsler, daha çok pıhtılaşma parametrelerinde bozukluk olan hastalarda görülmüştür.^[9,10]

İntrakardiyak trombüslerin tedavisinde sıklıkla seçilen ajanlar OAK'ler olmakla birlikte, komplike bazı olgularda cerrahi tedavi ya da trombolitik tedavi de seçilebilmektedir. Bu hastalarda tedavi için etkin INR düzeyi ve OAK tedavisinin süresi hakkında genel bir fikir birliği olmamasına rağmen, altta yatan ve düzeltilmeyen bir yatkınlaştırıcı faktör varlığında uzun süreli, hatta kimi zaman yaşam boyu tedavi önerilmektedir.^[11]

Sunulan olguyla ilgili deneyimimiz, herhangi bir malignite ve koagülasyonu artırıcı bir faktör saptanmamasına rağmen, hem vena kava inferior hem de atriyumda trombüs olabileceğini; özellikle bu tip tekrarlayan atakları olan hastalarda genel kabul gören INR değerlerinin yeterli olmayabileceğini ve bu olgularda cerrahi tedavi planlanmadan önce, literatürde kesin bir öneri olmamakla birlikte, trombüs olasılığına karşı daha yüksek dozlarda ve daha uzun süreli antikoagülan tedavi gerekebileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Chapoutot L, Nazeyrollas P, Metz D, Maes D, Maillier B, Jenneaux C, et al. Floating right heart thrombi and pulmonary embolism: diagnosis, outcome and therapeutic management. *Cardiology* 1996;87:169-74.
2. Armstrong WF, Feigenbaum H, Dillon JC. Echocardiographic detection of right atrial thromboembolism. *Chest* 1985;87:801-6.
3. Whitford EG, Harper RW, Federman J, Skoien A, Anderson ST, Pitt A. Right atrial thrombus simulating myxoma on M-mode echocardiography in a patient with pulmonary emboli. *Aust N Z J Med* 1982;12:543-5.
4. van Kuyk M, Mols P, Englert M. Right atrial thrombus leading to pulmonary embolism. *Br Heart J* 1984;51:462-4.
5. Satoh M, Hatano K, Tsujimoto Y, Takada T, Honda M, Matsumiya K, et al. A case report of left renal cell carcinoma with tumor thrombus extending into the right atrium. *Hinyokika Kyo* 2006;52:867-9. [Abstract]
6. Jiang H, Zhang ZG, Chen ZD, Shi SF, Cai SL, Wang S. Renal cell carcinoma with vena caval tumor thrombus extending into the right atrium. *Chin Med J* 2006;119:1934-6.
7. Wotkowicz C, Libertino JA, Sorcini A, Mourtzinos A. Management of renal cell carcinoma with vena cava and atrial thrombus: minimal access vs median sternotomy with circulatory arrest. *BJU Int* 2006;98:289-97.
8. Khurana A, Tak T. Venous thromboembolic disease presenting as inferior vena cava thrombus extending into the right atrium. *Clin Med Res* 2004;2:125-7.
9. Kim MJ, Hur SH, Lee YS, Hyun DW, Han SW, Kim KS, et al. Intracardiac multichamber thrombi in a patient with combined protein C and protein S deficiencies. *Int J Cardiol* 2005;100:505-6.
10. Yetim M, Ozeke O, Deveci B, Selcuk MT, Aras D. Multichamber intracardiac thrombi associated with activated protein C resistance in a patient with dilated cardiomyopathy. *Int J Cardiovasc Imaging* 2006;22:59-61.
11. Buller HR, Agnelli G, Hull RD, Hyers TM, Prins MH, Raskob GE. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126(3 Suppl):401S-428S.