

Olgu Sunumu

Sol Ventrikülde Nadir Görülen Bir Kitle İmajı: İzole Papiller Kas Hipertrofisi ve Kalsifikasyonu

Şeref Kul*, Yiğit Çanga**, Mehmet Baran Karataş***

Özet

Acil kliniğimize göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran ve non-ST elevasyonlu myokard infarktüsü tespit edilen, Circumflex (Cx) arter obtuse marjinal-1 dalı sonrası kritik lezyon saptanması üzerine buraya başarılı perkutan transluminal balon anjiyoplasti ve stent uygulaması yapılan hastanın transtorasik ekokardiyografisinde sol ventrikülünde hiper-ekojen kitle şeklinde bir yapı tespit edildi. İlk bakışta trombüs ya da tümör gibi görünen yapıya dikkatli bakıldığında kordal yapıların hemen üzerinde başlayan ve hipertrofik görünen papiller kaslarda devam eden yapının kalsifikasyonla uyumlu olduğu sonucuna varıldı. Literatürde başta hipertrofik kardiyomyopati olmak üzere birçok hastalıkla birlikte rapor edilen bu durum, bizim hastamızda izole olarak görülmüş ve yeni bir antite olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sol ventriküler kitle, papiller kas hipertrofisi ve kalsifikasyonu

Literatürde papiller kas anomalileri nadir olgularla sınırlıdır. Bunlardan bazıları aksesuar papiller kasın direk olarak mitral kapağa tutunması sonucu gelişen ventrikül içi obstruksiyon, “octopus” papiller kas, “mirror” papiller kas ve hipertrofik kardiyomyopatiyle (HKMP) ilişkili papiller kas anomalileridir. Genelde klinik olarak pek belirti vermeseler de, mid-kaviter obstruksiyon ve hatta buna bağlı ani ölüm dahi bildirilmiştir (1). İzole papiller kas hipertrofisi ve kalsifikasyonu ayrı vakalarda nadir olarak bulunabilmesine karşın bizim olgumuzdaki kadar ciddi kalsifikasyon ve hipertrofi aynı hastada şimdiye kadar bildirilmemiştir.

Olgu Sunumu

80 yaşındaki bayan hasta acil kliniğimize göğüs ağrısı ile başvurdu. Tansiyon arteryel 130/85

mmHg, nabız 76/dk ve ritmik saptandı. Öyküsünde hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Hastamız 10 gün önce dış merkezde Non-ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü teşhisi ile interne edilip medikal tedavi ile taburcu edilmişti. EKG’de inferiyor ve lateral derivasyonlarda iskemik T-dalga değişiklikleri olan ve troponini yüksek saptanan hasta interne edilip elektif olarak koroner anjiyografi yapıldı. Circumflex (Cx) arter obtuse marjinal-1 dalı sonrası kritik lezyon saptanması üzerine buraya başarılı perkutan transluminal balon anjiyoplasti ve stent uygulaması yapıldı. Diğer koroner arterlerde anlamlı bir darlık veya anomali saptanmadı. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %55 saptanan, ventrikül ve atrium boyutları ve duvar kalınlıkları normal olan ve kapakçıklarda ciddi patoloji saptanmayan hastanın sol ventrikülünde hiper-ekojen kitle şeklinde bir yapı tespit edildi. İlk bakışta trombüs ya da tümör gibi görünen yapıya dikkatli bakıldığında kordal yapıların hemen üzerinde başlayan ve hipertrofik görünen papiller kaslarda devam eden yapının kalsifikasyonla uyumlu olduğu sonucuna varıldı. Parasternal kısa eksen görüntülerde anterolateral papiller kasın hipertrofik olduğu, üzerinde yaygın kalsifikasyon olduğu ve anterior mitral kapakçıya ait kordalara tutunduğu görüldü (Resim 1-2). Hastada göğüs ağrısından başka hiçbir semptom olmaması, laboratuvar bulgularının normal olması nedeniyle

*Hakkari Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Hakkari

**Yavuz Selim Devlet Hastanesi, Kardiyoloji

Kliniği, Kartal, İstanbul

***Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

Yazışma Adresi: Dr. Şeref KUL

Hakkari Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Hakkari

Adres: Atatürk Mah., Yüce Sok., No 1, Triad Park

Sitesi, Sancaktepe, İstanbul

Gsm: 0505 496 49 45

E-mail: doktorseref@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 12.04.2011

Makalenin Kabul Tarihi: 16.08.2011

Kul ve ark.

tümör; sol ventrikülde kasılma kusuru olmaması nedeniyle trombus ayırıcı tanısından uzaklaşılarak ek tetkike gerek duyulmamıştır.



Resim 1. Parasternal kısa ekseninde hipertrofik ve kalsifiye anterolateral papiller kas.



Resim 2. Parasternal uzun ekseninde hipertrofik ve kalsifiye anterolateral papiller kas.

Tartışma

Kalpte kalsifikasyon, sırasıyla epikardiyal koroner arterler, mitral anulus ve aortik kapakçıklarda sık olarak görülür (2) Papiller kaslarda görülen kalsifikasyon çok nadir olup literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir. İlişkili durumlar koroner arter hastalığı, mitral kapak hastalığı, hiperkalsemi, dilate kardiyomyopati, konjestif kalp yetmezliği ve kronik böbrek hastalığıdır (3, 4). Papiller kas hipertrofisi de literatürde az sayıda bildirilen diğer bir durumdur. Papiller kas hipertrofisini hipertrofik kardiyomyopatinin bir değişik formu veya erken

formu olarak düşünen Kobashi ve ark (5), 4 yıl içinde toplam 29 hastada papiller kas hipertrofisi saptamışlar, bu hastaların 10'unun akrabalarında HKMP olduğunu tespit etmişlerdir. Bu nedenle bu olguların 1-3. derece akrabalarında HKMP taraması yapılması yararlı olacaktır. Reddy ve ark., (6) EKG'de prekordiyal derivasyonlarda T negatifliği ile prezente olan bir apikal HKMP olgusu bildirmişlerdir ancak Suwa ve Kobashi (7) bu olguyu, hipertrofiye olan segmentin LV serbest duvarı olmadığı ve anterolateral papiller kas olduğu gerekçesiyle soliter papiller kas hipertrofisi olarak yorumlamışlardır. Kırılmaz A. ve ark.'da (8), asemptomatik bir hastada lateral derivasyonlarda persistan T negatifliğinin bir nedeni olarak posterior papiller kas hipertrofisi olduğunu göstererek, ekokardiyografik incelemede papiller kasları incelemenin önemini vurgulamışlardır. J Ker ve ark. (9), 20 yaşında bir hastada anterior papiller kas hipertrofisi bildirmişlerdir. Bu olguda EKG'de belirgin U dalgası ve V4 derivasyonunda çentiklenme olması ile diğer olgularda belirtilen EKG bulgularından farklı olması sebebiyle olgularının ekokardiyografik yeni bir tanı olabileceğini savunmuşlardır.

Yukarıda bahsedilen daha önce rapor edilmiş olgularda papiller kas hipertrofisi genelde HKMP ile ilişkilendirilmiştir. Bizim olgumuzda HKMP ile ilgili ne ekokardiyografi ne de EKG'de hiçbir bulgu olmaması nedeniyle biz bu durumu, izole papiller kas hipertrofisi adı altında ayrı bir tanı olarak ele almayı doğru bulduk. Papiller kas üzerinde saptanan yaygın kalsifikasyon da bizim olgumuzu farklı kılan diğer bir özelliktir. Literatürde az sayıda vaka bildirildiği için ilişkili durumlar yeterince açıklanamamıştır. Bu tür vakaların daha çok bildirilerek daha iyi tanımlamanın yapılması gereklidir.

Sonuç olarak, öncelikle papiller kas hipertrofisi tanısının, böyle bir kavram olduğunu bilerek doğru şekilde konulması gerekir. HKMP ile karışabilmekle birlikte dikkatli bir inceleme ile hipertrofik bölgenin LV'nin hangi kısmına ait olduğu bulunabilir. EKG'de çoğu kez gereksiz olarak koroner anjiyografi endikasyonu koyduran prekordiyal T dalga negatifliğinin değerlendirilmesinde bu tanı muhakkak düşünülmeli ve ekokardiyografi çekimi esnasında genelde ihmal edilen papiller kaslar çok dikkatli şekilde incelenmelidir. Papiller kas hipertrofisi saptanan hastaların akrabalarında HKMP taramasının yapılması, erken tanı ve olası komplikasyonları önlemek açısından gerekli görülmektedir.

An unusual mass image in the left ventricle: Isolated calcified and hypertrophied papillary muscle

Abstract

On the transthoracic echocardiography of patient, who admitted to our emergency clinic with chest pain and was established non-ST elevation myocardial infarction, had critical lesion at the circumflex artery after obtuse marginal branch and was performed successful percutaneous transluminal balloon angioplasty and stenting, was detected a hyper-echoic mass on the left ventricle. At first glance, it appeared to be a tumor or thrombus but it was concluded that the mass which appeared just above the chordate structures and continued on the hypertrophied papillary muscles was compatible with calcification when carefully looked at. This was reported since although it is primarily associated with several diseases, foremost hypertrophic cardiomyopathy, in this case it was seen as isolated, and therefore, was considered a different entity.

Key words: Left ventricular mass, papillary muscle hypertrophy and calcification

Kaynaklar

1. Cittadini F, Oliva A, Arena V, Minelli N, Pascali VL. Sudden Cardiac Death Due to an Anomalous Posterior Papillary Muscle. Am J Forensic Med Pathol 2010 Feb 25.
2. Roberts WC, Kaufman RJ. Calcification of healed myocardial infarcts. Am J Cardiol 1987; 60:28-32.
3. Come PC, Riley MR. M mode and cross-sectional echocardiographic recognition of fibrosis and calcification of the mitral valve chordae and left ventricular papillary muscles. Am J Cardiol 1982; 49:461-465.
4. Madu EC, Cruz IA. The vital role of papillary muscles in mitral and ventricular function: echocardiographic insights. Clin Cardiol 1997; 20:93-98.
5. Kobashi A, Suwa M, Ito T, Otake Y, Hirota Y, Kawamura K. Solitary papillary muscle hypertrophy as a possible form of hypertrophic cardiomyopathy. Jpn Circ J 1998; 62:811-816.
6. Reddy V, Korcarz C, Weinert L, Al-Sadir J, Spencer KT, Lang RM. Apical hypertrophic cardiomyopathy. Circulation 1998; 98:2354.
7. Suwa M, Kobashi A. Differentiation of solitary papillary muscle hypertrophy from apical hypertrophic cardiomyopathy. Circulation 2000; 101:159.
8. Kırılmaz A, Yiğiner O, Kılıçaslan F, Uzun M. E-page original images. A frequently overlooked etiology of negative precordial T wave: solitary papillary muscle hypertrophy. Anadolu Kardiyol Derg 2010; 10:25-26.
9. Ker J. Solitary papillary muscle hypertrophy: a new echo-electrocardiographic syndrome? A case report. Angiology 2007; 58:502-503.