

Epikardiyal yerleşimli hemanjiyom

Epicardial hemangioma

M. Fatih Ayık, Emrah Oğuz, Çağatay Engin, Tahir Yağdı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Kalbin primer tümörleri oldukça nadir görülür. Bu tümörlere otopsiler sonucu %0.001-0.03 oranında rastlanmaktadır. Kalbin tümörlerinin %75'ini iyi huylu tümörler oluşturmaktadır. Bunların %50'sini miksomalar oluştururken sadece %2.8'ini hemanjiyomlar oluşturmaktadır.^[1-2] Kalpteki tümörlerin çoğu için tedavide açık kalp ameliyatı uygulanmaktadır. Yazımızda, kalbin üzerinde epikardiyal yerleşimli ve kardiyopulmoner baypas uygulamadan çıkarılan bir hemanjiyom olgusu ve ilginç bulduğumuz görüntülerini sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Kırk üç yaşında erkek hasta kliniğimize baş dönmesi, sık terleme, efor sonrası nefes darlığı ve öksürük yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede kardiyak ek ses ya da herhangi bir sorun görülmedi ve tüm sistemik muayene sonuçları normaldi. Akciğer direkt grafisinde mediastende genişleme görüldü. Yapılan transtorasik ekokardiyografide sağ ventrikül çıkış yoluna bası yapan, ancak anlamlı gradiente neden olmayan, 2.5x4.5 cm boyutlarında ekojenite saptandı. Kardiyak manyetik rezonans (MR) incelemesinde anteromediastinal yerleşimde, perikard kesesi içerisinde, üst sınırı pulmoner trunkus seviyesinden başlayan, pulmoner trunkusu anterior dan saran ve invaze olan, çıkan aort anterior kesimi boyunca da devamlılık göstererek, çıkan aort ile aradaki planları silen bir kitle görülmekte idi. Kitle sağ ventrikül ve sağ atriyum lateral kesimlerine belirgin bası oluşturmakta ve özellikle sağ ventrikülün lateral duvarına yapışık olduğu izlenimi uyandırmakta idi (Şekil 1).

Kurumumuzda yapılan onkoloji konseyi sonrasında ameliyatla kitlenin çıkartılmasına karar verildi. Genel anestezi altında median sternotomi yapıldı. Perikard

altında kitle palpe edildi. Perikard açıldı. Kitlenin; kalbin üzerinde, sınırları belirgin, kapsüllü, yaklaşık 8x4x3 cm büyüklüğünde, oblik bir trasede kraniokaudal olarak uzanmakta olduğu, pulmoner trunkus ile çıkan aort arasındaki mesafeyi doldurduğu ve çıkan aort anterior kesimi boyunca da devamlılık gösterdiği gözlemlendi (Şekil 2). Kitle uzun eksenli boyunca epikarda yapışık. Yapışık bölümünün sağ koroner arterden uzak olması nedeniyle kardiyopulmoner baypas (KPB) gerekmeden kitle tamamen eksize edildi (Şekil 3). Materyal histopatolojik incelemeye gönderildi. Sonuç kapiller hemanjiyom olarak bildirildi. Hasta ameliyat sonrası 4. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Hastanın kontrolleri düzenli olarak yapılmakta ve transtorasik ekokardiyografi ile sorunsuz olarak takip edilmektedir.



Şekil 1. Kitlenin manyetik rezonans görüntüsü.

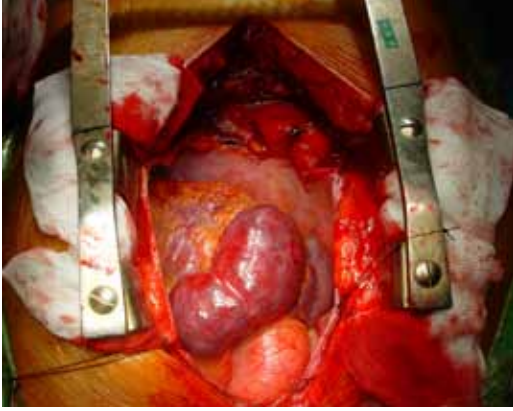


Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2012.191
QR (Quick Response) Code

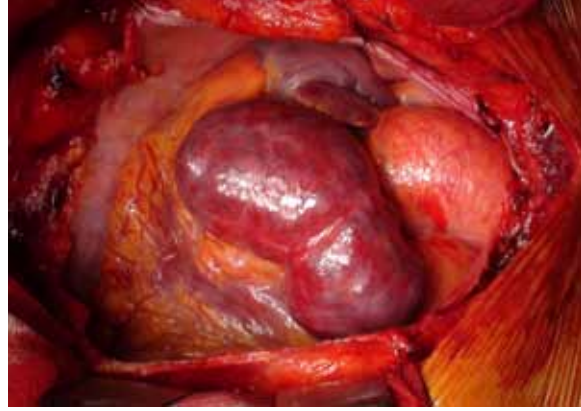
Geliş tarihi: 24 Şubat 2012 Kabul tarihi: 1 Mart 2012

Yazışma adresi: Dr. M. Fatih Ayık, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 35100 Bornova, İzmir, Türkiye.

Tel: 0232 - 390 40 61 e-posta: fayik35@yahoo.com



Şekil 2. Kitlenin ameliyat sırası görünümü.

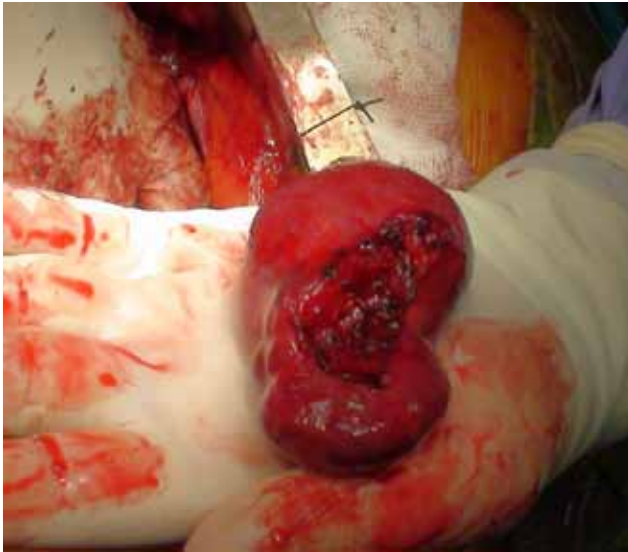


TARTIŞMA

Kalp hemanjiyomları çok nadir görülmesine rağmen tüm yaş gruplarında ve kalbin tüm bölümlerinde görüme potansiyeline sahiptir.

Çoğu hemanjiyom asemptomatiktir, ancak aritmi (%17), ileti bozukluğu, perikardiyal efüzyon ve perikardit (%8), koroner arter hastalığı (%13), ventrikül çıkış yolu tıkanıklıkları ya da konjestif kalp yetmezliği semptomları da (%43) görülebilir.^[3] Bu semptomlar tümörün yerleşim yeriyle ilişkilidir. Bası, infiltrasyon, rüptür, kanama, embolizasyon, büyüme ya da enfeksiyon gibi nedenlerle semptomlar gelişebilir. İleti sorunları ya da rüptür sonrası perikardiyal tamponad nedeniyle ani ölüm görülebilir.

Bu olguların yaklaşık 1/3'üne cerrahi öncesi tanı konabilmektedir.^[4] Tanı; transtorasik ekokardiyografi, transözofageal ekokardiyografi, bilgisayarlı tomogra-



Şekil 3. Kitlenin eksizyon sonrası görünümü.

fi ve manyetik rezonans görüntüleme ile konulabilir. Bazen koroner anjiyografi tümör kanlanması belirlenmesinde kullanılır. Kesin tanı kitlenin çıkartılıp histopatolojik incelenmesi sonrası konulur.

Küratif tedavi kitlenin cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Özellikle semptomatik olgularda uzun dönem sonuçlar mükemmeldir. Literatürde perikard üzerinde olan kitlelerde açık kalp cerrahisine gerek kalmadığı, ancak kardiyak hemanjiyom olgularının neredeyse tamamına KPB altında girişim uygulandığı bildirilmektedir.^[2-4] Bizim olgumuzda epikardiyal yerleşimli kitle ile miyokard arasında uygun bir diseksiyon planı oluşturuldu ve kitle KPB kullanmadan tamamen çıkarıldı.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Perchinsky MJ, Lichtenstein SV, Tyers GF. Primary cardiac tumors: forty years' experience with 71 patients. *Cancer* 1997;79:1809-15.
2. Vander Salm TJ. Unusual primary tumors of the heart. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000;12:89-100.
3. Brizard C, Latremouille C, Jebara VA, Acar C, Fabiani JN, Deloche A, et al. Cardiac hemangiomas. *Ann Thorac Surg* 1993;56:390-4.
4. Lapenna E, De Bonis M, Torracca L, La Canna G, Dell'Antonio G, Alfieri O. Cavernous hemangioma of the tricuspid valve: minimally invasive surgical resection. *Ann Thorac Surg* 2003;76:2097-9.