

Yaşlı bir hastada sağ atriyumu tutan tüberküloz

Tuberculoma invading the right atrium in an old patient

Mustafa Sağlam, Osman Karakaya, Hekim Karapınar, İrfan Barutçu, Cihangir Kaymaz

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

Tüberküloz, intrakardiyak kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken nadir bir durumdur. Otuz beş yıl önce akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi gören 74 yaşında kadın hasta nefes darlığı ve epigastrik ağrı yakınmalarıyla başvurdu. Ayrıca, altı ay önce ileri atriyoventriküler blok nedeniyle hastaya VVIR kalıcı kalp pili takılmıştı. Transtorasik ve transözofageal ekokardiyografide sağ atriyumda trombus düşündürülen kitle görülmesi üzerine anti-koagülan tedaviye başlandı. Ekokardiyografi bulgularının antikoagülasyonun sekizinci gününde de devam etmesi üzerine, sağ atriyumu dolduran kitle ameliyatla çıkarıldı. Kitlenin patolojik incelemesinde kazeifikasyon nekrozu saptandı ve hastada dördüncü antitüberküloz tedaviye başlandı. Ameliyattan iki hafta sonra taburcu edilen hasta genel durumunun kötüleşmesi üzerine tekrar yatırıldı ve solunum yetersizliği nedeniyle entübe edilerek ventilatöre bağlandı. Entübasyonun beşinci gününde hasta septik şok nedeniyle kaybedildi.

Anahtar sözcükler: Ekokardiyografi; kalp atriyumu; tüberküloz/tanı; tüberküloz, kardiyovasküler.

Ekokardiyografik değerlendirme sırasında, intrakardiyak kitle saptanması seyrek olmayan bir durumdur. En sık trombus, vejetasyon, miksoma ve malign tümör metastazları izlenir. Bu yazıda intrakardiyak kitleler arasında nadir rastlanan sağ atriyal tüberküloz sunuldu.

OLGU SUNUMU

Yetmiş dört yaşında kadın hasta, iki aydır süregelen nefes darlığı, epigastrik ağrı yakınması ile başvurdu. Ayrıntılı öyküsünden, hastanın 35 yıl önce akciğer tüberkülozu tanısıyla tedavi gördüğü, 14 yıl önce sağ nefrektomi yapıldığı, altı ay önce başka bir merkezde ileri atriyoventriküler blok nedeniyle VVIR kalıcı kalp pili takıldığı öğrenildi. Fizik muayenede hastanın bilinci açık, koopere, oryante, genel durumu iyi idi; solunum sesleri hafif kaba olarak değerlendirildi. Kan basıncı

Tuberculoma is a rare condition which is considered in the differential diagnosis of intracardiac masses. A 74-year-old woman presented with complaints of dyspnea and epigastric pain. She had a history of pulmonary tuberculosis treated 35 years before and VVIR permanent pacemaker implantation for severe atrioventricular block six months before. Transthoracic and transesophageal echocardiography showed a right atrial mass suggestive of thrombus and anticoagulant therapy was instituted. However, echocardiographic findings persisted on the eighth day of anticoagulation and the mass filling the right atrium was removed surgically. Pathologic examination of the surgical specimen showed caseous necrosis and the patient was administered antituberculous treatment with four drugs. She was discharged two weeks postoperatively, but was hospitalized again because of deterioration of her general status and respiratory insufficiency, requiring intubation and ventilation. She died on the fifth day of intubation from septic shock.

Key words: Echocardiography; heart atria; tuberculoma/diagnosis; tuberculosis, cardiovascular.

110/60 mmHg, kalp hızı 70/dk, ateş 36.8 °C olarak ölçüldü. Elektrokardiyografi (EKG) pacemaker ritminde idi. Telekardiyogramda akciğer alanlarında tüberküloz sekeli ile uyumlu kalsifikasyonlar, sağda kalıcı pacemaker ve lead izlendi (Şekil 1). Biyokimya ve hemogramında patolojik bulguya rastlanmadı. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %40 ölçüldü, segmenter hareket kusuru, 1. derece mitral yetersizliği, 1. derece triküspid yetersizliği saptandı. Sağ kalp boşluklarında kalıcı pacemaker lead'i, lead ile bağlantısız triküspid septal yaprakçıktan vena kava superiora (VKS) uzanan 2.2-2.2 cm boyutlarında trombus düşündürülen kitle görüntüsü izlendi (Şekil 2a). Transözofageal ekokardiyografide (TÖE), sağ atriyumun VKS girişinden başlayıp triküspid septal yaprağın atriyal yüzüne ulaşan, interatriyal septuma oturmuş, sağ atriyal apendiks içini de dolduran, homojen olmayan,

Geliş tarihi: 3 Aralık 2005 *Kabul tarihi:* 7 Şubat 2006

Yazışma adresi: Dr. İrfan Barutçu, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, 34846 Cevizli, İstanbul.
Tel: 0216 - 459 40 41 e-posta: irfanbarutcu@yahoo.com

yumuşak ekodansitede, kalınlığı 2.8 cm'yi, ortalama alanı 18 cm²'yi bulan kitle izlendi (Şekil 2b). Hastaya sağ atriyal trombus öntanısı ile antikoagulan tedaviye başlandı. İleri tetkik için bilgisayarlı tomografi (BT) planlandı. Antikoagülasyonun sekizinci gününde (İNR 3.1 iken) TTE ve TÖE tekrarlandı, çok kesitli spiral toraks BT çekildi. Transtorasik ekokardiyografi ve TÖE bulgularının aynen devam ettiği izlendi; BT'de sağ atriyum içinde TEE'de saptananla aynı boyut ve konumda kitle izlendi, ek olarak her iki akciğerde yaygın plevro-fibrotik çekintiler, plak tarzında plevral kalınlaşmalar, büyüklüğü 2 cm'ye ulaşan nodüler lezyonlar, sağ üst lob posterior segmentte 5 mm boyunda kalsifiye nodül izlendi. Hasta 10 gün sonra sağ atriyal trombus, tümöral kitle öntanılılarıyla ameliyat edildi. Ameliyat sırasında perikartta kalınlaşma ve kalsifikasyonlar ile perikard sıvısının jelatinöz yapıda olduğu izlendi. Sağ atriyumu dolduran, interatriyal septuma tutunan, VKS'ye ulaşan kitle çıkarıldı. İnteratriyal septum primer onarıldı, sağ atriyum perikardiyal yama ile kapatıldı. Pacemaker bataryası sterilizasyon sonrası tekrar takılmak üzere çıkarıldı. Epikardiyal lead ile ameliyattan çıkıldı. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesinde kazeifikasyon nekrozu saptanması üzerine dördü (izoniazid 300 mg/gün, etambutol 500 mg/8 saat, rifampisin 500 mg/12 saat, morfanizamid 2000 mg/gün) anti-tüberküloz tedaviye başlandı. Ameliyat sonrası 10. günde kalıcı pacemaker bataryası yerleştirilen hasta iki hafta sonra taburcu edildi. Bir hafta sonra genel durumunun kötüleşmesi üzerine tekrar yatırılan hasta, yatışının üçüncü gününde solunum yetersizliği nedeniyle entübe edilerek ventilatöre bağlandı. Üre, kreatinin, AST, ALT, GGT, ALP değerleri yükselen ve ateşi 39 °C'yi bulan hastada inotrop desteğine rağmen kan basıncı yükseltilemedi. Entübasyonun beşinci

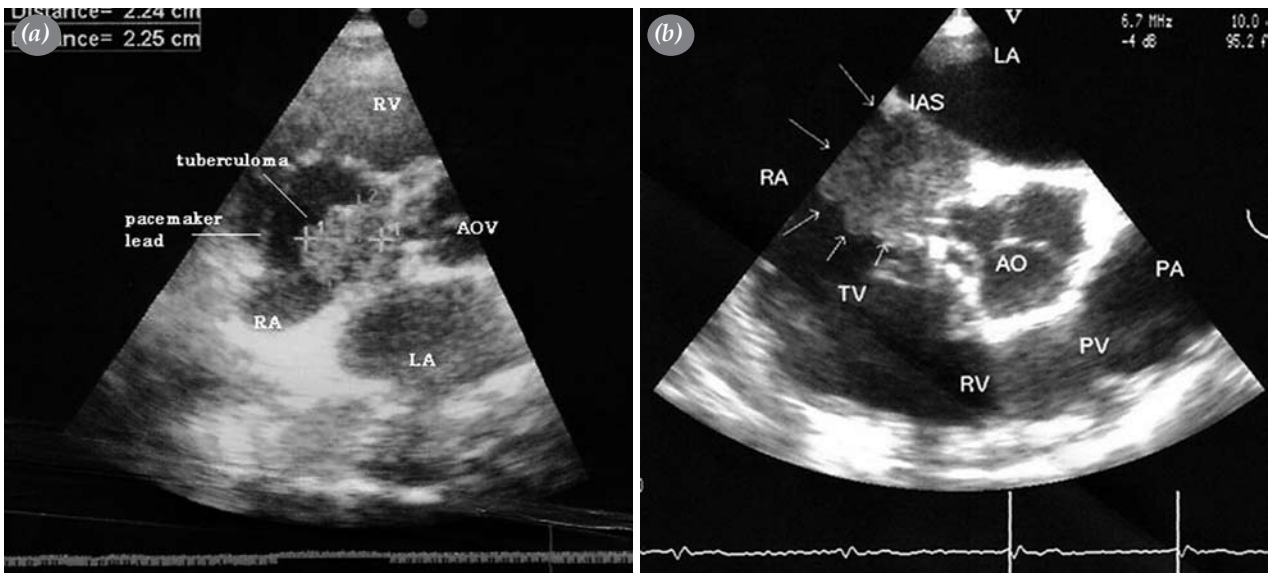


Şekil 1. Olgunun ön-arka akciğer grafisi.

gününde hasta -çoklu organ yetersizliği- septik şok nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA

Tüberkülozun kalbin her üç tabakasını tutabileceği bildirilmiş olmasına karşın, nadir olarak miyokard ve endokard tutulumuna da rastlanmaktadır.^[1] Miyokard tutulumu otopsilerde %0.3'den az olguda bildirilmiştir.^[2] Tüberküloz oluşumu miyokard tutulumuna bağlı supraventriküler taşikardi, ventriküler taşikardi, atriyoventriküler blok gibi aritmilerin yanı sıra sağ ventrikül çıkış yolu darlığı, psödoanevrizma oluşumu, superior vena kava obstrüksiyonu, aort yetersizliği ve triküspid darlığına da yol açabilmektedir.^[1-8] Lezyonlar



Şekil 2. (a) Transözofageal ve (b) transtorasik ekokardiyografide tüberküloz görünümü.

bu kadar ciddi tablolara yol açabilmesine rağmen medikal tedaviyle gerileyebilmektedir.^[9] Literatürde sağ atriyumu tutan birkaç tüberküloz olgusu tanımlanmıştır.^[10-12] Bu olguların ikisinde antitüberküloz tedavi ile tüberkülozun tamamen kaybolduğu gözlenmiştir.^[10,11] Ayrıca, sistemik venöz konjesyon semptomları ile başvuran 65 yaşındaki bir olguda ekokardiyografi ve BT'de perikartta kalınlaşma ve sağ atriyal kitle saptandığı bildirilmiştir.^[12]

Sağ atriyal kitlelerin en sık nedeninin trombus olması ve kitlenin ekokardiyografik bulgularının trombusla uyumlu olması nedeniyle, olgumuzda öncelikle antikoagülan tedaviye başlandı. Ancak, antikoagülan tedaviyle yanıt alınamaması, BT bulgularının tümoral kitle ile uyumlu olması ve ileri yaşa bağlı olarak malignite olasılığının yüksek olması nedeniyle hasta ameliyata alındı. Tüberküloz tanısı ameliyat sırasında ve patolojik değerlendirme sonucunda konabildi. Hastanın ileri yaşta olması, eşlik eden başka patolojilerin varlığı ve antitüberküloz tedavinin geç başlanması kötü prognozun başlıca nedenleri idi.

Olgumuzdaki deneyimimiz, akciğer dışı tüberküloz için yüksek riskli hastalarda, intrakardiyak kitlelerin ayırıcı tanısında tüberkülozun da akılda tutulması gerektiğini ve bu olgularda antitüberküloz tedavinin geciktirilmeden başlanmasının önemini açıkça ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Wren C, Stovin PG. Isolated interventricular septal tuberculoma causing complete heart block. *Thorax* 1982;37:149-50.
2. Horn H, Saphir O. The involvement of myocardium in tuberculosis: a review of literature and a report of three cases. *Am Rev Tuber* 1935;32:492-504.
3. Kapoor OP, Mascarenhas E, Rananaware MM, Gadgil RK. Tuberculoma of the heart. Report of 9 cases. *Am Heart J* 1973;86:334-40.
4. Behr G, Palin HC, Temperly JM. Myocardial tuberculosis. *Br Med J* 1977;1:951.
5. Rawls WJ, Shuford WH, Logan WD, Hurst JW, Schlant RC. Right ventricular outflow tract obstruction produced by a myocardial abscess in a patient with tuberculosis. *Am J Cardiol* 1968;21:738-45.
6. Halim MA, Mercer EN, Guinn GA. Myocardial tuberculoma with rupture and pseudoaneurysm formation-successful surgical treatment. *Br Heart J* 1985;54:603-4.
7. Soyer R, Brunet A, Chevallier B, Leroy J, Morere M, Redonnet M. Tuberculous aortic insufficiency. Report of a case with successful surgical treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 82:254-6.
8. Gaultier Y, Alou A, Cenac A, Develoux M, Vetter JM. Tuberculoma of the heart. Contribution of echography. Apropos of a case. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1987;80:1413-6. [Abstract]
9. Ozer N, Aytemir K, Sade E, Oto A, Aksoy S, Engin H, et al. Cardiac tuberculosis with multiple intracardiac masses: a case report. *J Am Soc Echocardiogr* 2002;15:756-8.
10. Jagia P, Gulati GS, Sharma S, Goyal NK, Gaikwad S, Saxena A. MRI features of tuberculoma of the right atrial myocardium. *Pediatr Radiol* 2004;34:904-7.
11. Liu PY, Tsai WC, Chen JH, Kan CD, Yan JJ. Coexistence of tuberculous constrictive pericarditis and right atrial tuberculoma: a case report. *J Formos Med Assoc* 2001;100:336-8.
12. Chang BC, Ha JW, Kim JT, Chung N, Cho SH. Intracardiac tuberculoma. *Ann Thorac Surg* 1999;67:226-8.