

KORONER ARTER HASTALIĞI VE SOL ATRİYAL MİKSOMADA KOMBİNE CERRAHİ TEDAVİ

COMBINED SURGICAL TRATMENT OF LEFT ATRIAL MYXOMA WITH CORONER ARTERY DISEASE

Dr. İlhan GÖLBAŞI, Dr. Cengiz TÜRKAY, Dr. Ercan AKBULUT, Dr. Harun GÜLMEZ,
*Dr. Mehmet KABUKÇU, Dr. Ömer BAYEZİD

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, (*) Kardiyoloji Anabilim Dalı, ANTALYA
Adres: Uz. Dr. İlhan GÖLBAŞI, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı / ANTALYA

Özet

Koroner bypass ve atriyal miksona rezeksiyonunun birlikte uygulandığı olgular nadirdir. Kliniği’imizde 58 yaşında bayan hastaya koroner arter hastalığı ve sol atriyal miksona nedeniyle cerrahi tedavi uygulandı. 40 yaş üstündeki kardiyak miksonası olan hastalar koroner arter hastalığı için , rutin koroner anjiyografide anormal sol atriyal vaskülarite gösteren hastalar ise miksona varlığı yönünden araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sol atriyal miksona, koroner arter hastalığı, kombine cerrahi tedavi

Summary

The case of simultaneous coronary bypass grafting with resection of the left atrial myxoma is rarely reported. We surgically treated a 58 year-old woman who had been diagnosed as left atrial myxoma and coronary artery disease. We suggest that patients with cardiac myxoma, older than 40 years old, should be researched for coronary artery disease, where as patients having been described as left atrial vascularity by coronary angiography should be researched for myxomas.

Keywords: Left atrial myxoma, coronary artery disease, combined surgical treatment.

Giriş

Miksomalar kalpte en sık görülen benign tümörlerdir. Literatürde, miksomalı olguların ortalama %7-12’ de koroner arter hastalığı ile birlikte görüldüğü bildirilmiş, fakat atriyal miksona ile koroner arter hastalığı arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir. Bu oran iki hastalığın aynı yaşlarda daha sık görülmesine bağlanmıştır [1-3]. Koroner arter hastalığı ve sol atriyal miksona nedeniyle kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen bir olgu sunumu ve literatür bilgileri gözden geçirildi.

Olgu Sunumu

58 yaşında bayan hasta, bir yıldır efor dispnesi, çarpıntı ve halsizlik şikayetleriyle Hastane’imize başvurdu. Efor kapasitesi New York Heart Association’a göre (NYHA) klass II olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde, 15 yıldır hipertansiyon ve 20 yıldır Diabetes Mellitus nedeniyle medikal tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenede, kan basıncı:140 / 90 mmHg, nabız 102/dak, oskültasyonda apikal II/VI şiddetinde pansistolik

üfürüm saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Elektrokardiyografide, V5-6’da ST-T değişikliği ve telekardiyografide pulmoner vaskülarite artışı izlendi. Ekokardiyografide sol atriyum içinde mitral anterior yaprakçığın arka tarafında, diyastolde hareket eden kitle imajı saptandı. Koroner anjiyografide; sol anterior descending arter proksimalinde %70, sirkumfleks arter proksimalinde %90 ve sağ koroner arter orta bölümünde %80 darlıklar mevcuttu. Ventrikülografisinde ise II derece mitral yetmezliği ve apikal diskinezi saptandı.

Cerrahi teknik; aortik ve bikaval kanülasyon yapılarak kardiyopulmoner bypass’a girildi, orta derece sistemik hipotermi (28°C) sonrası krosklemp yerleştirildi. Emboli riski nedeniyle sol atriyal vent kateter krosklemp konuluncaya kadar yerleştirilmedi ve kalbe herhangi bir manüplasyon yapılmadı. 5ml/kg antegrad sıcak kan kardiyoplejisini takiben 5ml/kg soğuk potasyumdan zengin kristoloid kardiyopleji (Plegisol) ve topikal hipotermi ile kardiyak arrest sağlandı. Sol atriyotomi yapıldı ve atriyumda mitral kapağın anterior yaprakçığı üzerine lokalize 4x5 cm büyüklüğünde miksona, pedikülü ve tarafındaki birkaç milimetrelik endokardiyum dokusu ile birlikte rezeke edildi. Diğer kalp boşlukları miksona yönünden eliminasyonu için serum fizyolojik ile irriga edildi. Bu işlemi takiben, koroner arterlere LİMA-LAD, Ao-RCA-safen ve Ao-CxOMI- safen anastomozları yapıldı. Krosklemp kaldırılmadan hemen önce, reperfüzyon için 5ml/kg sıcak kan kardiyoplejisi uygulandı. Krosklemp süresi 45 dakika ve total kardiyopulmoner bypass süresi 110 dakika sürdü. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 9. günde taburcu edildi. Rezeke edilen tümoral dokunun patolojik incelemesinde miksona ile uyumlu olduğu rapor edildi.

Tartışma

Primer kardiyak tümörlerin yaklaşık %80’ni benign tümörler olup, yarısından fazlasını miksomalar oluşturmaktadır. Sol atriyal miksona, her yaşta görülebilmekle birlikte, genel olarak orta yaş üzerindeki bayanlarda daha sık rastlanmaktadır [4]. Atriyal miksona ile koroner arter hastalığı arasında kesin bir ilişki gösterilememiştir. Sugimoto ve ark. sol atriyal miksonası olan 21 hastadan oluşan serilerinde, birlikte koroner arter hastalığı olan iki hastaya (%9.5) kombine cerrahi uygulamışlardır [2]. Cleemput ve ark’nın 19 hastadan oluşan serisinde iki hastada (%10.5) ciddi koroner arter hastalığı tespit etmişler ve koroner arter hastalığının miksona ile ilişkili olmadığını, bu birlikteliğin her iki hastalığın aynı yaşlarda görülmesine bağlı olduğunu bildirmişlerdir [1]. Kliniği’imizde

miksoma nedeniyle ameliyat ettiğimiz sekiz hastadan yalnızca birinde (%12.5) koroner arter hastalığı tespit ettik. Rice ve ark., sol atriyal miksoma ile birlikte koroner arter hastalığı olan iki hastaya tümör eksizyonu ile birlikte koroner bypass yaptıklarını ve 35 yaş üzerindeki miksomalı hastaların koroner anjiyografi ile mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir [3]. Hastamız; yaş, hipertansiyon ve diyabet gibi ciddi risk faktörlerine sahip olması nedeniyle koroner anjiyografi ile değerlendirildi ve ciddi koroner arter hastalığı saptandı.

Asemptomatik atriyal miksomalar nadir olup, tesadüfen ekokardiyografi sırasında görülürler. Miksomaların sirkümflek veya sağ koroner arterden beslendikleri selektif anjiyografilerde gösterilebilmiştir. Cleemput ve ark., 17 sol atriyal miksomalı olgudan dördünde (%25,5) anjiyografik olarak sağ koroner arter'in atriyal dallarından, üçünde sirkümfleks arterden köken alan tümör neovaskülaritesini göstermişlerdir [1]. Sharma ve ark., sekiz miksomalı olgunun tamamında sağ ve sol atriyumda tümör neovaskülarizasyonunu göstermişlerdir [5]. Selektif anjiyografi ile saptanan neovaskülarizasyon, rutin anjiyografiler esnasında anormal sol atriyal vasküler yapılar şeklinde kendini gösterebilir [6]. Bu nedenle rutin koroner anjiyografide anormal sol atriyal vaskülarite gösteren olguların miksoma varlığı yönünden mutlaka ekokardiyografi ile değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Kliniği'mizde sekiz hasta atriyal miksoma nedeniyle ameliyat edildi, bunlardan 35 yaşından büyük iki hastaya koroner anjiyografi yapıldı, fakat anormal sol atriyal vaskülarizasyon izlenmedi.

Akut miyokard infarktüsü gelişen az sayıda olguda birlikte sol atriyal miksomanın olduğu bildirilmiştir. Bu hastalarda yapılan intraoperatif incelemede akut miyokard infarktüsünün miksoma partiküllerinin koroner arterlere embolizasyonu sonucu geliştiği gösterilmiştir. Soejima ve ark., akut inferoposterior miyokard infarktüsü gelişen bir hastanın koroner anjiyografisinde sirkümfleks arterin %100 oklüde olduğunu ve 17 gün sonraki kontrol anjiyografisinde ise koroner arterin tamamen normal olduğunu göstermişlerdir. Hastanın ekokardiyografisinde ise inferior hipokinezi ve sol atriyal miksoma saptamışlar ve sirkümfleks lezyonunun sol atriyal miksoma embolizasyonuna bağlı geliştiğini bildirmişlerdir [7]. Panos ve ark. inferolateral miyokard infarktüsü ile müracaat eden 53 yaşındaki bayan hastanın koroner anjiyografisinde çok sayıda periferik sağ koroner arter embolizasyonu, ekokardiyografisinde ise sol atriyal miksoma saptanarak cerrahi olarak tedavi ettiklerini bildirdiler [8].

Koroner bypass cerrahisi günümüzde %1'den daha düşük mortalite ile uygulanmaktadır. İzole kardiyak miksomalı olgularda ise operatif mortalite %5'den daha düşük olarak bildirilmektedir. Mortalitenin en önemli nedenlerinden birisi, kalbin manüplasyonu sırasında miksomadın kopan embolilerdir [9]. Bizim sekiz hastadan oluşan serimizde preoperatif ejeksiyon fraksiyonu %35 olan bir hasta postoperatif erken dönemde düşük debi nedeniyle kaybedildi. Miksomalı olgularda diğer önemli sorun ise geç nüksleridir. Bizim olgularımızda postoperatif ekokardiyografik değerlendirmemizde miksoma nüksüne rastlanmamıştır.

Sonuç olarak, 40 yaşın üzerindeki kardiyak miksomalı hastalar koroner arter hastalığı için, rutin koroner anjiyografide anormal sol atriyal vaskülarite gösteren hastalar ise miksoma varlığı yönünden araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Cleemput V, Daenen W, Geest D: Coronary angiography in cardiac myxomas: findings in 19 consecutive cases and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993;29:217-20.
2. Sugimoto T, Ogawa K, Asada T, et al: Surgical treatment of left atrial myxomas with concomitant acquired heart disease. *Nippon Kyobu GZ* 1993;41:660-6.
3. Rice PI, Pifarre R, Left atrial myxoma and coronary artery disease: combined surgical treatment. *Arch Surg* 1981;116:353-5.
4. Bhan A, Mehrotra, Choudhary SV, et al: Surgical experience with intracardiac myxomas: Long-term follow-up. *Ann Thorac Surg* 1998;66:810-3.
5. Sharma S, Sundaram U, Loya Y. Selective coronary angiography in intracardiac tumors. *J Interv Cardiol* 1993;6:125-9.
6. Hamer AW, Weeks PA. Diagnosis of left atrial myxoma at routine coronary angiography in an asymptomatic patient. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993;23:3-5.
7. Soejima Y, Niwa A, Tanata M, et al: A left atrial myxoma complicated with acute myocardial infarction. *Intern Med* 1997;36:31-4.
8. Panos A, Kalangos A, Sztajzel J. Left atrial myxoma presenting with myocardial infarction. *Casereport and review of the literature. Int J Cardiol* 1997; 62:73-5
9. Reynen K: Cardiac myxomas: Review articles. *New Engl J Med* 1995;24:1610-7.