

Sol atriyal miksomalı gebede transözofageal ekokardiyografi rehberliğinde anestezi uygulaması

Application of anesthesia under the guidance of transesophageal echocardiography in a pregnant with left atrial myxoma

Gökçen Başaranoğlu, Tank Umutoglu, Kadir İdin, Ziya Salihoğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Gebelikte atriyal mikroma nadir olup, klinik belirtileri tümör büyüklüğü, yerleşim yeri ve hareketliliğine göre çeşitlilik gösterir. Kalbin anatomisini ve fonksiyonunu değerlendiren transözofageal ekokardiyografi ile olası duvar hareket anormalliği ve tümör embolisi gösterilebilir. Bu yazıda, üç ay içinde intraatriyel mikroma gelişen gebe bir hastanın transözofageal ekokardiyografi eşliğinde anestezi yönetimi sunuldu.

Anahtar sözcükler: Anestezi; mikroma; gebelik; transözofageal ekokardiyografi.

Atrial myxoma in pregnancy is rare and its clinical manifestations vary according to the size, location and mobility of the tumor. Transesophageal echocardiography which is useful to visualize cardiac anatomy and function can reveal possible wall movement abnormalities and tumor embolism. In this article, we report application of anesthesia under the guidance of transesophageal echocardiography in a pregnant patient with an intra-atrial myxoma developed within three months.

Keywords: Anesthesia; myxoma; pregnancy; transesophageal echocardiography.

Gebelikte kalp hastalığı sıklığı %0.1-4 olup, maternal mortalite oranı %15'tir.^[1] Atriyal miksomalar kalbin primer tümörlerinden olup %75'i sol atriyum yerleşimlidir. Gebelikte sık görülmeyen bu durumla karşılaşıldığında tedaviye anne ve fetus düşünülerek karar verilmelidir. Emboli, pulmoner hipertansiyon, ani ölüm beklenen komplikasyonlardır. Transözofageal ekokardiyografi (TEE) cerrahi sırasında kalbin anatomisini ve fonksiyonunu gösterir. Bu yazıda daha önce geçirilmiş miyokard iskemisi öyküsü olan ve 36 haftalık gebe iken sol atriyal mikroma tanısı konulmuş gebe bir hastada TEE eşliğinde yapılan anestezi uygulaması sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz üç yaşında, 65 kg ağırlığında, 155 cm boyunda gebe hasta, doğum için kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurdu. Hastanın öz geçmişinde 15 yıl önce geçirilmiş servikal lipom ameliyatı, dokuz ay önce geçirilmiş miyokard enfarktüsü (ME), gestasyonel diyabetes mellitus, preeklampsii öyküsü olup parite: 3, gravida: 5

idi. Gebelik öncesi yapılan anjiyografi sonucu sol ana koroner arteri normal, sol ön inen arteri normal, yavaş akımı mevcut, sirkumfleksi normal ve sağ koroner arteri proksimal plaklı olan hastaya metoprolol 25 mg 1x1, asetil salisilik asit 100 mg 1x1 başlandı. Göğüs ağrısı yakınması nedeniyle 17. gebelik haftasında yapılan transtorasik ekokardiyografi (TTE) normal bulunan hastanın 36. gebelik haftasında tekrarlanan TEE'de 2.0x1.3 cm boyutlarında sol atriyumda septumda fossa ovalise uzantısı olan şüpheli hareketli kitle (trombüs/mikroma) tespit edildi. Trombüs için enoksiparine 2x0.6 ml subkütan ile antikoagülasyon uygulanan hasta 15 gün sonra TEE kontrolüne çağırıldı. On beş gün sonra trombüsü gerilemeyen hastanın tanısı atriyal mikroma olarak konuldu. Tümör büyüklüğünde değişiklik yoktu. Ameliyattan üç gün önce antikoagülant tedavisi kesilen hastanın koagülasyon profili ve diğer laboratuvar incelemelerinde bir özellik yoktu. Hastaya premedikasyon uygulanmadı, 2 mg/kg propofol ve 0.5 mg/kg rokuronyum bromür ile genel anestezi



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2014.8933
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 20 Haziran 2013 Kabul tarihi: 25 Eylül 2013

Yazışma adresi: Dr. Gökçen Başaranoğlu, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, 34093 Fatih, İstanbul, Türkiye.

Tel: 0532 - 589 98 71 e-posta: gbasaranoglu@hotmail.com

indüksiyonu uygulandı. Orotrakeal entübe edildi ve TEE probu yerleştirildi. Sağ radyal arter kanülü yerleştirildi ve intraarter basıncı monitörize edildi. Ultrasonografik görüntüleme eşliğinde sağ vena internalis jugularis yolu ile santral ven kateterizasyon uygulandı ve hastanın santral ven basıncı monitörize edildi. Aynı yerleşimde ve boyutta olduğu görülen miksoma olası bir emboli ihtimaline karşın TEE ile devamlı monitörize edildi. Apgar puanlaması 1-5 dk: 7-9 olan sağlıklı erkek bebeğin doğumunu takiben anneye 2 mg midazolam, 50 mcg fentanyl intravenöz uygulandı. Anestezi idamesi propofol 100 mcg/kg/dk remifentanil 0.20 mcg/kg/dk infüzyonu ile sağlandı. Oksitosin 10 IU intravenöz bolus, 20 IU infüzyon şeklinde uygulandı. Ameliyat boyunca herhangi bir hemodinamik düzensizlik, pulmoner hipertansiyon ya da emboli bulgusuna rastlanmadı. Anestezi indüksiyonunu takiben 42 dk sonra ekstübe edilen hasta yakın takip ve tedavi amaçlı yoğun bakım ünitesine gönderildi. Ameliyat sonrası sorun yaşanmaması üzerine servise gönderilen hasta üçüncü gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Gebelikte kalp cerrahisi anne ve bebek için yüksek mortalite oranlarına sahiptir.^[2] Literatürde atriyal miksomalı 21 gebe hasta bildirilmiştir.^[3-7] Anestezik yönetimde dikkat edilmesi gereken en anlamlı nokta miksomanın yerleşimi, büyüklüğü ve hareketliliğidir. Klinik bulgu ve semptomlar mitral veya triküspit kapakta yaptığı fonksiyon değişikliğine bağlı olarak nefes darlığı ve üfürümlerden perifer ve santral embolilere kadar değişebilir. Sağ yerleşimli atriyal miksomalarda santral kateter takılması tümörün yerleşiminden dolayı sakıncalı olabilir. Hastamızda tümör sol atriyum yerleşimli olduğu için hastaya santral ven kateteri yerleştirilmesinde bir sakınca görülmedi. Sağ atriyum kaynaklı tümörlerde santral ven kateterizasyonu kontraendike olabilmesine rağmen literatürde sol atriyum kaynaklı kitlelerde böyle bir çekince bahsedilmemektedir. Ameliyat sırasında emboli veya duvar hareket anomalisi saptanmadı. Transözofeal ekokardiyografi; ventrikül fonksiyonunu, iskemiye izleyen reyonel duvar anomalilerini, kapak fonksiyonunu, duvar hareketlerini, kalp içinde herhangi bir hava varlığını gösterir. Transözofeal ekokardiyografi ile olası bir emboli veya enfarkt alanı saptanabilir. Anestezi yönetiminde hipoksi, hiperkapni, asidoz, dehidratasyon, overhidrasyon gibi kalp fonksiyonunu etkileyen faktörlerden kaçınmak gerekir. Triküspit yetmezliği sağ yerleşimli miksomalarda görülürken, sol yerleşimli miksomalarda mitral ve pulmoner ven orifislerini daraltarak pulmoner hipertansiyona yol açabilir. Emboli, senkop ve ani ölüm sol atriyal miksomalarda görülebilir.^[8] Kardiyak miksomaların tanısında TTE'nin duyarlılığı %95, TEE'nin

duyarlılığı ise %100'dür.^[9] Sol atriyal miksomaların büyüme hızı 1.3-6.9 mm/ay olarak bildirilmiştir.^[10] Walpot ve ark.^[11] miksomaların yaklaşık 5 mm/ay hızında büyüebildiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca Karlof ve ark.^[12] çalışmalarında ise 13.6x3 mm/ay hızında büyüyen sağ atriyal mixoma olgusu bildirmişlerdir. Bizim hastamızda 126 gün sonra rutin TTE kontrolü sırasında 2.0x1.3 cm boyutlarında miksoma görüldü ve kitlenin büyüme hızı 5.0x3.25 mm/ay olarak bulundu. Ancak hastamızda geçirilmiş ME öyküsü olduğundan spinal anestezi ile ameliyat düşünülmüdü. Ameliyatta TEE kullanılması planlandığı için epidural anestezi yerine genel anestezi tercih edildi. Ameliyat sırasında emboli veya duvar hareket anomalisi saptanmadı.

Miksomalı gebe hastalarda miksomanın klinik yerleşimi ve anne ve fetüsün klinik durumu göz önünde bulundurularak gebeliğin sonlandırılması gerekebilir. Olgu NYHA (New York Kalp Cemiyeti) sınıflandırmasına göre sınıf II idi. Kalp çarpıntısı ve hafif göğüs ağrısı olan olguda kapak fonksiyonlarında bozulma yoktu. Gebeliğin tamamlanması uygun görülen hastanın sezeryan ameliyatı miyadında yapıldı.

Sonuç olarak, sol atriyal miksomalı hastalarda emboli, senkop ve ani ölüm dikkate alınarak uygun monitörizasyon ve TEE ile ölümcül sonuçlar önlenebilir.

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. van Mook WN, Peeters L. Severe cardiac disease in pregnancy, part I: hemodynamic changes and complaints during pregnancy, and general management of cardiac disease in pregnancy. *Curr Opin Crit Care* 2005;11:430-4.
2. Barth WH Jr. Cardiac surgery in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:630-46.
3. Mercer LJ, Aisenbrey G. Atrial myxoma as a complication of tocolytic therapy. A case report. *J Reprod Med* 1985;30:561-2.
4. Matos V, Pinheiro B, Maia P, Leite H, Coelho A, Fernandes A. [A recurrent intracardiac mass in a pregnant woman with the antiphospholipid antibody syndrome]. *Acta Med Port* 1993;6:539-42. [Abstract]
5. Wyman A, Hurd W, Lappen J. Cardiac myxoma presenting as dyspnea after cesarean delivery. *Case Rep Med* 2012;2012:487385.

6. Koukis I, Velissaris T, Pandian A. Left atrial myxoma associated with mitral valve pathology in pregnancy. *Hellenic J Cardiol* 2013;54:138-42.
7. John AS, Connolly HM, Schaff HV, Klarich K. Management of cardiac myxoma during pregnancy: a case series and review of the literature. *Int J Cardiol* 2012;155:177-80.
8. Mete A, Sancaktar O, Süleymanlar G, Süleymanlar I, Türkay C, Aydođdu T ve ark. Sol atrial miksoma ile birlikte Carney sendromu. *GKD Cer Derg* 1995; 3:270-2.
9. Percell RL Jr, Henning RJ, Siddique Patel M. Atrial myxoma: case report and a review of the literature. *Heart Dis* 2003;5:224-30.
10. Vazir A, Douthwaite H. Rapidly growing left atrial myxoma: a case report. *J Med Case Rep* 2011;5:417.
11. Walpot J, Shivalkar B, Rodrigus I, Pateuning WH, Hokken R. Atrial myxomas grow faster than we think. *Echocardiography* 2010;27:E128-31.
12. Karlof E, Salzberg SP, Anyanwu AC, Steinbock B, Filsoufi F. How fast does an atrial myxoma grow? *Ann Thorac Surg* 2006;82:1510-2.