

Mitral Anulustan Orijin Alan Miksoma

*Dr. Mehmet Yılmaz, Yrd. Doç. Dr. Feriŕat Kolbakar, Yrd. Doç. Dr. H. Tahsin Keçeliçil,
Dr: Turan Keyik, Prof. Dr. M. Kamuran Erk*

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi ABD, Samsun

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniđi'nde 1990-1993 yılları kapsayan dönemde 3 miksoma olgusu ameliyat edildi. Olguların yaŕ dağılımları 36-60 olup, yaŕ ortalama 47.6'dır. Olgular kardiopulmoner bypass altında ameliyat edildi. 2 olguda interatrial septumun sol tarafından orijin alan, dar pediküllü miksomalar eksize edildi. 1 olguda miksomanın posterior mitral kapaktan orijin aldığı görüldü. Bu olguda miksoma dokusu kapakla birlikte eksize edilip, protez kapakla mitral valv replasmanı yapıldı. Tüm olgular Őifa ile taburcu edildi. Miksomalar tanı konular konulmaz ameliyat edilmelidir. Zira bunların hayatı tehdit edici tromboemboli ve akut kapak obstrüksiyonu gibi komplikasyonları mevcuttur.

GKD Cer. Derg. 1994;2: 159-161

Myxoma Originated From Mitral Annulus

Between 1990-1993 years three patients with atrial myxomas were operated upon at Thoracic and Cardiovascular surgery Department of Ondokuz Mayıs University Medical Faculty. The oldest patient was 60 and the youngest 36 year old and mean age was 47.6. All patients were operated upon under cardiopulmonary bypass. Two cases were treated surgically by excision of myxomas which were attached by a thin peduncle to the left side of interatrial septum. In other case the myxoma was attached to the posterior mitral leaflet and after excision of tumor and mitral valve together, mitral valve replacement was performed with prosthetic valve. All patients were discharged without any complications. Patient with miksomalar should be operated upon as soon as diagnosed because of their life threatening thromboembolic and acute valvular obstructive complications.

Kardiak miksomalar primer kalp tümörleri olup, genellikle dar bir pediküle veya daha nadiren geniŕ bir tabana sahip olabilirler. Hücreler üniform, küçük ve poligonal Őekildedirler. Bu hücreler miksomatöz bir stroma içindedirler. Miksomaları trombüsten ayıran önemli bir kriter etraflarında bir endoteliumun olmasıdır⁽¹⁾.

Olgular ve Yöntem

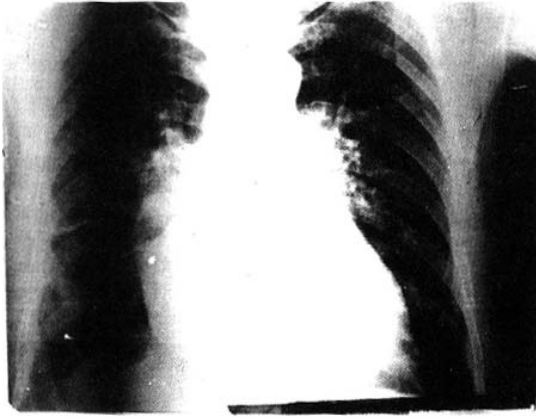
1990-1993 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümü'nce sol atrial miksoma tanısı konular, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü'ne gönderilen 3 olgu ameliyat edildi. Olgular retrospektif olarak gözden getirildi. Olguların 2 tanesi erkek, 1 tanesi kadın, en büyükleri 60, en

küçükleri 36 yaŕında olup, ortalama yaŕ 47.6 bulundu.

1. Olgular: Kadın, 36 yaŕında. *Yakınması:* Çarpıntı ve eforla gelen nefes darlığı. *Fizik Bulguları:* Arteriyel basınç 100/80 mmHg, kalp ritmi sinüs, hız 80/dakika. *Toraks grafiŕi (TG):* Kardiyotorasik indeks (KTI): 1.50. *EKO (Ekokardiyografi):* Sol atrium içinde 5 cm çapında kitle, mitral kapak fonksiyonları normal.

2. Olgular: Erkek, 60 yaŕında. *Yakınması:* Eforla gelen nefes darlığı. *Fizik Bulguları:* Arteriyel basınç 130/90 mmHg, kalp ritmi sinüs, hız 75/dakika. *TG:* KTI=1.55. *EKO:* Sol atrium içinde atriumun 3/4'ünü dolduran kitle, mitral kapak fonksiyonları normal.

3. Olgular: Erkek, 57 yaŕında. *Yakınması:* nefes



Resim 1. 3. olgunun toraks grafisi. KTI= 1.60 ve belirgin sol atrial büyüme işleniyor

darlığı, yatakta düz yatmamama. *Fizik Bulguları:* Arteriyel basınç 90/60 mmHg, kalp ritmi atrial fibrilasyon, hız 100/dakika. *TG:* KTI= 1.60, sol atrial büyüme ve pulmoner konjesyon (Resim 1) *EKO:* Posterior mitral kapakçığa yapışık ve kapakla birlikte hareket eden kitle, kapak hareketleri kısıtlı.

Bulgular

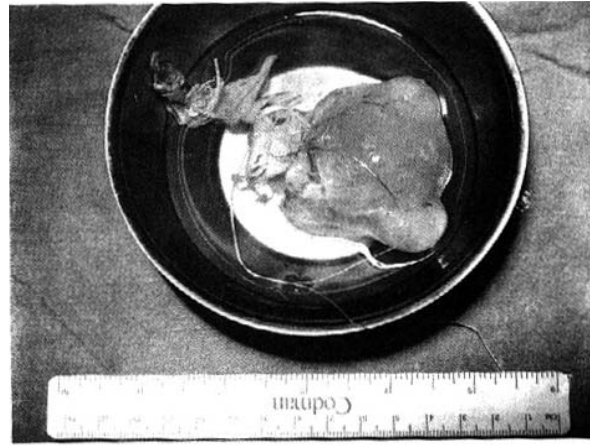
Klasik şekilde kardiopulmoner bypass altında, çift venöz kanülasyon ve interatrial roove bölgesinden yapılan sol atriotomiyle sol atriuma ulaşıldı.

1. olguda sol atrium içini dolduracak kadar büyük ve interatrial septumun fossa ovalis bölgesine dar bir pedikülle yapışık yaklaşık 5x5x3 cm boyutlarında orta sertlikte kitle septumdan ayrılarak çıkarıldı. Septumdaki yeri koterize edildi. Kardiopulmoner bypasstan sorunsuz çıkıldı.

2. olguda sol atriumda interatrial septumun fossa ovalis bölgesine geniş bir tabanla yapışık 6x5x4 cm boyutlarındaki orta sertlikteki kitle septumdan ayrılarak çıkarıldı. Septumdaki yeri koterize edildi. Kardiopulmoner bypasstan sorunsuz çıkıldı.

3. olguda sol atriumda posterior mitral liflete yapışık 5x4x3 cm boyutlarındaki kitle mitral kapakla birlikte eksize edildi. 29 numara St. jude protez kapak replase edildi. Bypasstan sorunsuz çıkıldı; ancak postoperatif ilk 48 saat respiratörle izlendi.

Olguların patolojiye gönderilen spesmenleri "miksoma" olarak rapor edildi. 3. olguda ek olarak miksoma dokusu içinde mitral kapak dokusuna da rastlanıldığı belirtildi.



Resim 2. Mitral anulustan orijin alan miksoma dokusu

Tartışma

Atrial miksomalara sağ veya sol olsun bunların büyük kısmı atrial septumdan, genellikle de limbus fossa ovalis bölgesinden köken alır ve olguların yaklaşık %10 kadarında septumun her iki tarafında da miksoma dokusu mevcuttur⁽²⁾.

Miksomalara %90 kadarı sol atriumda bulunur. Sağ atrial miksomalara sola göre daha solid ve geniş tabanlı olma eğilimindedirler⁽³⁾. Ventriküler miksomalara daha seyreklerdir. Bunlar daha çok sağ ventrikülün serbest duvarında veya septumda yer alırlar. Sol ventriküler miksomalara çok daha seyreklerdir⁽⁴⁾. Literatürde mitral kapaktan köken alan 2 olgu bildirilmiştir⁽⁵⁾. Bizim 3. olgumuz da mitral miksomasıdır bu makroskopik ve mikroskopik olarak desteklenmiştir (Resim 2'de bu olgumuzun makroskopik resmi grülmektedir).

Atrial miksomalara pulmoner veya sistemik venöz drenajı bozabilir ayrıca atrioventriküler kapaklarda disfonksiyonlara yol açabilirler. Mitral kapakta zaman zaman yaptıkları obstrüksiyonlar sonucu senkop ve ani ölüme neden olabilirler. Obstrüksiyon genellikle progressiftir⁽⁶⁾. Sol atrial miksomalara dörtte birinde zaman zaman obstrüksiyon ve buna bağlı senkop ve ani ölümler görülebilir^(4,6,7). Kapağın kapanmamasının engellenmesi, obstrüksiyon veya liflet hasarı sonucu kapakta yetmezlik gelişebilir⁽⁴⁾.

Miksomalara korkulan önemli bir komplikasyonu da tromboembolilerdir. Emboliler, tümör fragmastasyonu veya tümörün yerinden ayrılması sonucu oluşurlar.

Sol atrial miksomalara %30-45'inde sistemik emboli görülür⁽⁸⁾. Koroner arterler dahil olmak üzere hemen her organın arteriyel sistemini tutabilirler.

Embolilerin %50'si ekstra veya intrakranial serebral arterleri tutar⁽⁹⁾.

Fizik muayene bulguları elektrokardiografi ve direkt toraks grafisi birtakım patolojik değişiklikler gösterse de, bunlar miksuma tanısı için özellik arz etmez. İki boyutlu ekokardiyografi intrakardiyak tümörler için özellikle miksomalar için tanı değeri yüksek olarak bir araçtır^(10,11). Bizim olgularımızda ekokardiyografi %100 doğru bilgi vermiştir.

Miksomaların trombüsten ayrılması makroskopik olarak yapılabilirse de kesin ayırım mikroskopik inceleme ile yapılır⁽¹⁾.

Miksomalar genellikle benign tümörlerdir ancak nadiren metastaz yaptıkları ildirilmiştir^(12,13). Metastaz yaptıkları organlar arasında beyin⁽¹⁴⁾ sternum ve vertebral klon^(12,13) sayılabilir.

Miksomaların tedavisi cerrahidir. Tümör yapışık olduğu tabana zarar vermeden çıkartılmaya çalışılır. Ancak bazen atrial septal defekt oluşabilir; bu durumda defekt primer, mümkün değilse dakron yama ile onarılabilir. Kapakta fonksiyonel ve anatomik bozukluk varsa ve bu bozukluk rekonstrüktif tekniklerle tamir edilemiyorsa, protez kapak replasmanı yapılmalıdır.

Miksomaların nüks etmesi nadirdir, %1-3 oranında olduğu bildirilmiştir⁽¹⁵⁾.

Kaynaklar

1. Wold LE, Lie JT: In-vitro electronmicroscopy of intracardiac myxoma. *Mayo Clin Proc* 56:198, 1981.
2. McAllister HA: Primary tumors of the heart and pericardium. *Pathol Annu* 14:325, 1979.
3. O'Neill MB, Grehl TM, Herby EJ: Cardiac Myxomas: A clinical diagnostic challenge. *Am J Surg* 138:68, 1979.
4. Miller J, Teichholz LE, Finkeld AD: Left ventricular myxoma: Echocardiographic diagnosis and review of the literature. *Am J Med* 6:2816, 1977.

5. Sandaage FA, Oliver WA, English TAH: Myxoma of the mitral valve. *Br Heart* 2:221, 1979.
6. Greenwood WF: Profile of atrial myxoma. *Am J Cardiol* 21:367, 1968.
7. Goldberg HP, Glenn F, Dotter CT: Myxoma of the left atrium: Diagnosis made during life with operative and postmortem findings. *Circulation* 4:762, 1952.
8. Fyker FE, Seward JB, Edwards WTD, Miller FA, Barden GS, Schottenberg TE, Shub C, Callahan JA, Tajiri A: Primary cardiac tumors: Experience with 30 consecutive patients since the introduction of two-dimensional echocardiography. *J Am Coll Cardiol* 5:493, 1985.
9. Demoss AJ, Muller J, Campbell R, Benitzky S, Rankin L: Atrial myxoma: A review of the neurological complications, metastases, and recurrences. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 41:1119, 1978.
10. Folic GV, Sawyer KH, Holliday RH, Hudspeth AS, Johnson TR, Cordell AR, Mills SA: Tumors of the heart: Surgical considerations. *J Cardiovasc Surg* 25:5, 1984.
11. Viswanathan B, Luber JM Jr, Bell-Thompson J: Right ventricular myxoma. *Ann Thorac Surg* 29:280, 1980.
12. Road EC, White HJ, Murphy MC, Williams D, Sun CN, Flanagan WH: The malignant potentiality of left atrial myxoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 68:652, 1974.
13. Rankin LJ, de Souza AJ: Metastatic atrial myxoma presenting as intracranial mass. *Chest* 74: 433, 1979.
14. Attar S, Lee Y-C, Singhain B, Schmitt R, David R, McLoughlin B: Cardiac myxoma. *Ann Thorac Surg* 24:547, 1979.
15. McCarthy PM, Peltier JM, Schaff HV, Flack JR, Cravchak TA, Vidaller HE, Gemey JA: The significance of multiple, recurrent and "complex" cardiac myxomas. *J Thorac Cardiovasc Surg* 91:386, 1986.