

Parsiyel Epilepsi Krizleri ile Ortaya Çıkan Nükseden Bir Kardiyak Miksoma Olgusu

Hakan KARPUZ MD, *Philippe VAUDENS MD, ** Vildan KARPUZ MD, Xavier JEANRENAUD MD
Kardiyoloji, *Nöroloji Bölümleri, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,
**Patoloji Bölümü, Centre Medical Universitaire, Gen.,ève, İsviçre

ÖZET

Öyküsünde cerrahi yol ile sol atriyum miksoması çıkarılmış olan 78 yaşındaki bir kadın hasta, epilepsi krizleri nedeniyle ile hastaneye yatırıldı ve yapılan transözofajeal ekokardiyografi tetkikinde sol atriyumda bir kitle saptandı. Cerrahi yol ile çıkarılan bu kitlenin histolojik incelemesi sonrasında hastanın, büyük bir olasılıkla serebral emboliye neden olan "tekrarlayan" bir kardiyak miksoma olgusu olduğuna karar verildi.

Anahtar kelimeler: Kardiyak miksoma, epilepsi

Kalbe ait primer tümörler son derece nadir olup (%0.0017 ile %0.28 arasında) genellikle benin karakterlidirler (1,2). Bu tümörlerin içinde yetişkinde en sık görüleni kardiyak miksomadır (KM) (3,4). Kadınlarda daha sıklıkla görülen bu tümör %30-40 kadar hastada embolilere neden olmaktadır (5). KM'nin tanısı özellikle transtorasik ve transözofajeal ekokardiyografi gibi metodlar sayesinde oldukça kolaylaşmıştır (6,7). Tedavisinde cerrahinin ön planda olduğu bu tümörün "tekrarladığı" olgular az sayıda olup (bugüne kadar 35 civarında olgu bildirilmiştir), altında yatan mekanizma tam olarak aydınlatılamamıştır (5,8-12). Bu çalışmada, yaşlı bir hastada nörolojik bozukluklar ile ortaya çıkan tekrarlayıcı bir KM olgusu sunulmaktadır.

OLGU BİLDİRİSİ

79 yaşındaki kadın hasta, 8.1.1996 tarihinde, tekrarlayan nörolojik bozukluklar nedeni ile hastanemize yatırıldı. Kollarda ve sağ bacakta sensitif bozukluklar ile beraber konuşma kaybıyla seyreden bu durum birkaç dakika sürüp aynı günde 6 kez tekrarlamış. Hastanın öyküsünde, 1988 yılında aynı belirtiler ile hastaneye yatırıldığı ve yapılan bilgisayarlı beyin tomografisinde taze bir iskemik lezyo-

nun olmadığı, korteks altı bir atrofi ile beraber lövkoansefalopatinin varlığının ortaya konulduğu öğrenildi. Profilaktik bir antiagregan tedavi verilmiş olan hastamız, aynı belirtiler ile 1990 yılında bir kez daha hastaneye yatırılmış ve yapılan elektroensefalografi sonrasında "parsiyel epilepsi krizleri" teşhisi ile Fenobarbital tedavisi altına alınmıştı.

Aynı dönemde dispne şikayetinin de varlığı dolayısı ile hastaya ekokardiyografi yapılmış ve sol atriyumda saphı bir kitleye rastlanmıştı. Yapılan cerrahi müdahale sonrasında, atriyumlar arası septuma yapışık olan bu kitlenin KM olduğu tesbit edilmişti. Atriyal fibrilasyonu bulunan hasta oral antikoagülasyon tedavisi ile taburcu edilmişti. Bu dönemden beri asemptomatik olan hastanın 1995 yılı aralık ayında yapılan rutin ekokardiyografik (transtorasik) kontrolünde, aynı bölgede, yeni bir kitlenin varlığından şüphe edilmiş, fakat hasta, tanıyı kesinleştirmek için önerilen transözofajeal ekokardiyografiyi reddetmişti.

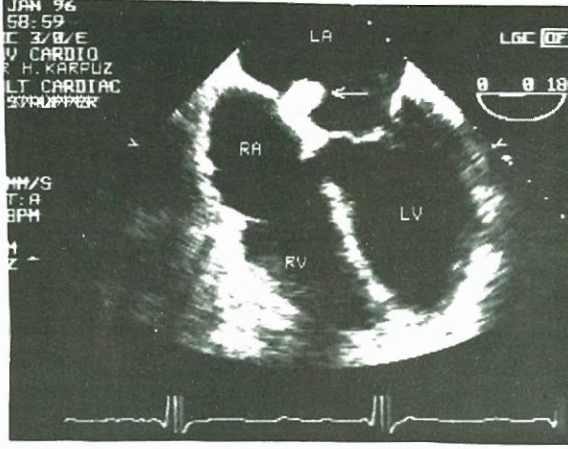
Atriyal fibrilasyonu bulunan hastamızın 8.1.1996 tarihindeki kardiyak statüsü, koltuk altına yayılan 3/6 şiddetindeki sistolik bir üfürümün dışında normal sınırlar içerisinde bulundu. Yapılan laboratuvar tetkikleri, oral antikoagülasyonun terapötik sınırlar içinde olduğunu (INR:3.5) gösterdi. Nörolojik muayenesinde hafif bir afazi ve sağ lateral homonim hemianopsi bulundu. Gerek nörolojik bozuklukların 48 saat içerisinde gerilemesi, gerekse belirtilerin ve yapılan incelemelerin (bilgisayarlı beyin tomografisi, elektroensefalogram) geçmiş dönemde yapılan incelemeler ile hemen, hemen aynı olması, "parsiyel epilepsi krizleri" teşhisini koydurdu.

Hastanın öyküsünde KM bulunması ve kısa bir zaman önce yapılan transtorasik ekokardiyografik incelemesinde sol atriyumda kitle şüphesi varlığı transözofajeal ekokardiyografi yapılmasını gerektirdi. Hastanın da kabul etmesi ile gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda sol atriyumda, 1.5x1.6 cm boyutlarında, atriyumlar arası septuma (fossa ovalis bölgesinde) küçük bir sap ile yapışık, homojen görünümlü ve hareketli bi kitlenin varlığı tesbit edildi (Şekil 1).

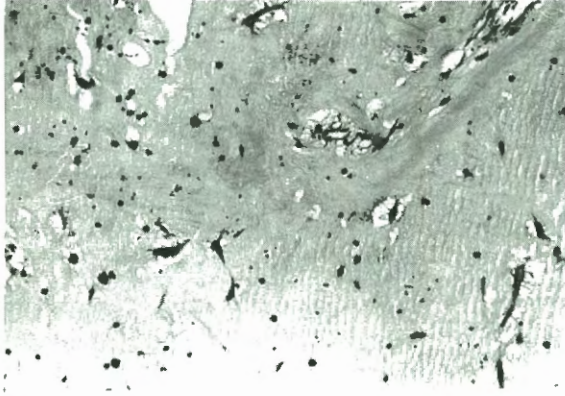
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %50 civarında olan hastanın kardiyak boşluklarında başka bir patolojik kitleye rastlanmadı. Ayrıca daha önceden de varlığı bilinen mitral yetmezliği orta şiddette olarak değerlendirildi.

Uzun tartışmalardan sonra hastanın operasyonuna karar verildi ve çıkarılan kitle patoloji laboratuvarına gönderildi. Yapılan histopatolojik incelemede makroskopik olarak yu-

Alındığı tarih: 20 Şubat, revizyon 4 Nisan 1996
Yazışma adresi: Dr Hakan Karpuz, 13, rue de la Ferme
1205 Cenevre-İsviçre Tel: 022-320 82 37



Şekil 1.



Şekil 2.

muşak, polipoid ve soluk renkte olan bu kitlede, mikroskopik olarak mükosakkaritlerden zengin, gevşek bir stroma ile çevrili, poligonale ve yıldız şeklinde hücrelerden oluşmakta idi (Şekil 2). Ayrıca immünohistokimyasal tetkikte silindirik epitel ile çevrili glandüler metaplazi odakları bulundu ve bu görünümü ile KM tanısı konuldu. Operasyon sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta 1 hafta sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA

Tekrarlayan KM, ilk olarak 1967 yılında Gerbode ve ark. tarafından yayınlanmıştır (13). KM'nin tekrarlanması, tam olmayan cerrahi eksizyon, operasyon sırasında tümör materyelinin taşınması, tümörün değişik yerlerden kaynağını alabileceği gibi nedenlerle öne sürülmüştür (10-12,14). Bu hipotezlerin içinde "tam olmayan cerrahi eksizyon" en geçerli açıklama gibi görülmektedir (11,14). Ailevi KM tipinin dışında sporadik olarak rastlanan tümörlerde tekrarlama riski ortalama %2 civarında olarak kabul edilmektedir (11,12). Olgumuzdaki KM'nin bundan

önceki KM ile aynı yerde bulunmuş olması "tam olmayan cerrahi eksizyon" hipotezini kuvvetlendirmektedir.

Ayrıca, Waller ve ark. (12), aynı yerde tekrarlayan KM'lar (12 hasta) ile değişik yerlerde tekrarlayan KM'ları (16 hasta) karşılaştırmışlar ve ilk guruptaki hastaların daha yaşlı olduklarını (50 yaş civarı) ve tekrarlama sürecinin daha uzun olduğunu (ortalama 4 yıl) ortaya koymuşlardır. Hastamızın gerek ileri yaşı, gerekse tekrarlama süreci yukarıda bahsedilen çalışmaya uymaktadır. Ayrıca, 5 yıl civarında olan bu tekrarlama sürecine, literatürde son derece seyrek olarak rastlanmaktadır. (10,15-17)

KM hastalarda %30-40 oranında embolilere neden olmakta ve bu emboliler, KM genellikle sol atriyumda bulunduğu için, serebral arterlerde sık olarak görülmektedir (5). Olgumuzda görülen nörolojik belirtilerin KM nedeni ile olduğu kesin gibiydi. Gerek transözofajeal ekokardiyografide gerekse operasyon sırasında başka bir emboli kaynağına rastlanmamıştır. Ayrıca hastamızın atriyal fibrilasyonu dolayısıyla antikoagülasyon tedavisi altında bulunması ve yapılan kontrollerinde INR (International Normalized Ratio) değerlerinin terapötik sınırlar içinde olması yukarıda belirtilen düşüncemizi önemli oranda doğrulamaktadır. Buna karşılık, iyi bir antikoagülasyon tedavisi altında bile emboli olasılığı bulunduğu için, hastamızda görülen nörolojik belirtilerin ve dolayısıyla embolinin KM'ya bağlı olduğunu kesin olarak söylemek mümkün değildir.

Son olarak, KM'ların teşhisinde "görüntüleme" metodlarının ve bunların içinde ekokardiyografinin önemini belirtmek gerekir. Çoğunlukla atriyumlar arası septumda, fossa ovalis'in kenarında bulunan KM'ların tanısı için birçok hastada iki boyutlu ekokardiyografi yeterli olmasına rağmen tam olarak yerini, morfolojik özelliklerini ve bağlı bulunduğu yapının durumunu görebilmek için, özellikle transözofajeal ekokardiyografi (tercihen "multiplan") çok yardımcı olmaktadır (7,18). Bu metod, KM'nin trombus ve kalbin diğer primer ve metastatik tümörleri ile arasındaki ayırıcı tanıda da son derece faydalı olmaktadır (5). Kesin tanı ise ancak histopatolojik inceleme sonucu konulabilmektedir.

Sonuç olarak KM'nin, seyrek dahi olsa ileri yaşlardaki hastalarda görülebileceği, çıkarılmasına rağmen

tekrarlayabileceği ve özellikle serebral embolilere neden olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Heath D: Pathology of cardiac tumors. Am J Cardiol 1968, 21:315-327
2. Colucci W, Braunwald E: Primary tumors of the heart. E. Braunwald (eds). Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1992.p.1451
3. Noltenius H: Tumor Handbuch: Pathologie und Klinik der menschlichen Tumoren (Band 2). München, Urban & Schwarzenberg, 1987.p.660
4. Rosai J: Cardiovascular system. Juan Rosai (eds). Ackerman's Surgical Pathology. St Louis, The C. V. Mosby Company, 1989.p.1665
5. Reynen K: Cardiac myxomas. N Engl J Med 1995;24:1610-1617
6. Blondeau Ph; Primary cardiac tumors-French studies of 533 cases. Thorac Cardiovasc Surg 1990; 38 (supl II):192-195.
7. Vargas-Barron J, Romero-Cardenas A, Villegas M et al: Transthoracic and transesophageal echocardiographic diagnosis of myxomas in the four cardiac cavities. Am Heart J 1991;121:931-936.
8. Puel P, Castany P, Enjalbert A: Notre experience de la chirurgie des myxomes intracardiaques. Ann Chir Thorac Cardio-Vasc 1973, 12:293-294
9. St John Sutton MG, Mercier LA, Giuliani ER, Lie JT: Atrial myxomas: a review of clinical experience in 40 patients. Mayo Clin Proc 1980; 55: 371-376
10. Gray IR, Williams WG: Recurring cardiac myxoma. Br Heart J 1985; 53: 645-649
11. McCarthy PM, Piehler JM, Schaf HV et al: The significance of multiple, recurrent and complex cardiac myxomas. J Thorac Cardiovasc Surg 1986; 91:389-396
12. Waller DA, Ettles DF, Saunders NR, Williams G: Recurrent cardiac myxoma: the surgical implications of two distinct groups of patients. Thorac Cardiovasc Surg 1989; 37:226-230
13. Gerdobe F, Kerth WJ, Hill JD: Surgical management of tumors of the heart. Surgery 1967; 61:94-101
14. Dein JR, Frist WH, Stinson EB et al: Primary cardiac neoplasm: early and late results of surgical treatment in 42 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 1987; 93:502-511
15. Bahl OP, Oliver GC, Ferguson TB et al: Recurrent left atrial myxoma. Circulation, 1969; 40:673-676
16. Chassignolle JF, Termet H, Age C et al: A propos d'une serie de 10 myxomes intracardiaques operes. Ann Chir Thorac Cardiovasc 1973; 12:297-298
17. Fabian JT, Rose AG: Tumors of the heart. A study of 89 cases. S Afr Med J 1982; 61:71-77
18. Livi U, Bortolotti U, Milano A et al: Cardiac myxomas: results of 14 years experience. Thorac Cardiovasc Surg 1984; 32:143-147