

Kalp Yetersizliği ve Atriyoventriküler Tam Blok Yapan Primer Kardiyak Lenfoma Olgusu

Dr. Gültekin F. HOBİKOĞLU, Doç. Dr. Önder PEKER**, Dr. Tamer AKBULUT, Dr. Seden ÇELİK, Dr. Remzi TOSUN*, Dr. Hikmet TEZEL, Dr. Tuna TEZEL

Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Kardiyoloji ve *Kalp Damar Cerrahisi Bölümleri,

**Haydarpaşa Numune Hastanesi Patoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Primer kardiyak lenfoma çok nadir görülen ve genellikle postmortem tanı konulabilen kalp velveya perikard tutulumu ile sınırlı lenfomadır. Bu yazıda bir primer kardiyak lenfoma olgusu sunulmaktadır. Nefes darlığı, ayak bileklerinde şişme gibi kalp yetmezliği şikayetleri ile başvuran ve takibi sırasında AV tam blok gelişen 26 yaşındaki erkek hastada transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile sağ atriyumda kitle tesbit edildi. Transözofajiyal ekokardiyografi (TEE) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile sağ atriyumda kitle ve kalp duvarlarındaki kalınlık artışı gösterildi. Eksplozasyon ve miyokard biyopsisi sonucu "high grade" büyük hücreli lenfoblastik lenfoma tanısı konuldu. Yapılan araştırmalar sonucu primer odak olabilecek başka bir organ tutulumu bulunamadığı için primer kardiyak malign lenfoma olduğu kantsına varıldı.

Anahtar kelimeler: AV tam blok, primer kardiyak lenfoma, kalp yetersizliği

Primer kardiyak lenfoma çok nadir karşılaşılan bir durumdur ve bildirilen vakaların sadece bir kaç tanesinde antemortem tanı konulabilmiştir. Bu yazıda kalp yetmezliğine ait şikayetlerle başvuran ve takibi sırasında atriyoventriküler (AV) tam blok gelişen primer kardiyak lenfoma olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Bir ay öncesine kadar yakınması olmayan 26 yaşındaki erkek hastaya, sol dizinde ve belindeki ağrılar nedeniyle başvurduğu hastanede egzersiz ve ağrı kesici ilaçlar verilmiş. Tedavi sırasında halsizlik, çabuk yorulma, nefes darlığı ortaya çıkmış. Şikayetlerinin giderek artması, ayak bileklerinde şişme olması ve geceleri düz yatamaz hale gelmesi üzerine başvurduğu bir Devlet Hastanesi Dahiliye servisinde plevral ve perikardiyal efüzyon tanısıyla yatırılarak, etyolojiye yönelik incelemeler yapılırken hastada AV tam blok gelişmesi üzerine, yapılan kardiyoloji konsültasyonu sonucu 14.11.1996'da hasta merkezimize sevk edilmiştir.

Yapılan ilk fizik muayenesinde; kan basıncı 130/80

Alındığı tarih: 23 Eylül 1997, revizyon 24 Aralık 1997
Yazışma adresi: Dr. Gültekin F. Hobikoğlu
Şakızağacı Sok. Akinözyuvam Sitesi A-2/9 80290 Mecidiyeköy-İstanbul Tel.: (0 212) 212 57 73

mmHg, kalp tepe atımı 44/dak. ve düzenliydi. Çene açısına kadar ulaşan juguler venöz dolgunluk mevcuttu. Kalp sesleri derinden geliyordu ve sternum sol kenarında 1/6 sistolik üfürüm alınıyordu. Sağ akciğer bazalinde solunum sesleri azalmış ve perküsyon ile bilateral kostofrenik sinüsler kapalı bulundu. Karaciğer kot kavsinin 4-5 cm geçmiş olarak ele geliyordu. Pretibial 3 (+) ödem mevcuttu. Lenfadenomegali (LAM) yoktu ve diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı.

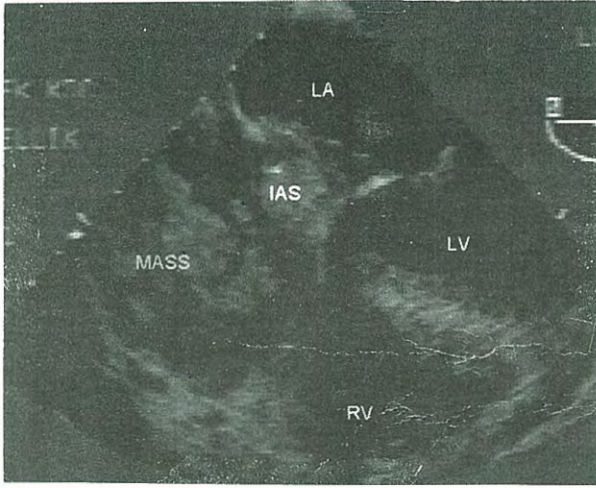
Labaratuvar incelemelerinde; Hct: % 33.4, Hgb: 12.2g/dl, WBC: 5100/mm³ formülde %70 nötrofil, %23 lenfosit, %7 monosit, trombosit: 149000. eritrosit sedimentasyon hızı 7mm/saat, SGOT 27mU/ml, SGPT 27mU/ml, LDH 482mU/ml T.protein 6.3g/dl, alb 3.7 g/dl bulundu. Radyografide kardiyomegali, EKG de A-V tam blok mevcuttu. Daha önce yattığı hastanede yapılan incelemelerde; PPD (-) ESR 1mm/saat, RF (-), antiDNA(-), balgamda ARB(-) bulunmuş ve kültürde üreme olmamış. Torasentez ile alınan plevral sıvı; transüda vasfındaymış, kültürde üreme görülmemiş ve atipik hücre bulunmamış.

Batın Ultrasonografisinde; hepatomegali dışında özellik saptanmadı, paraaortik LAM ve asit yoktu. Yapılan **transtorasik ekokardiyografi (TTE)** de perikard yaprakları arasında 2,8 cm sıvı, interventriküler septum ve arka duvar kalınlıklarında artış (sırasıyla; 14mm ve 16mm), sağ atriyum serbest duvarına tutunan 3 cm çapında solid kitle görünümü mevcuttu.

Transözofajiyal ekokardiyografide (TEE): sağ atriyum içini dolduran serbest duvardan çıkan, en büyüğü 3-3,5 cm çapında düzgün yüzeyli kitleler görüldü. Ayrıca interatriyal septumun tümünün, interventriküler septumun 1/3 üst kısmının ve sol ventrikül serbest duvar kalınlığında artış ve kalınlaşmanın triküspid septal yaprakçık altına doğru devam ettiği görüldü. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile kardiyak incelemede: sağ atriyumda kitle ve tüm kalp duvarlarının kalınlıklarının arttığı görüldü.

Yapılan tetkiklerde kitlenin kaynağı olabilecek bir odak veya etyolojik neden bulunamadığı ve transvenöz endomi-yokardiyal biyopsi teknik nedenlerle yapılamadığı için etyolojik tanı amaçlı eksplozasyon ve biopsi yapılmasına karar verildi.

Mediyan sternotomi ile yapılan **eksplozasyonda;** perikard boşluğundan 500cc seröz sıvı boşaltıldı, sağ atriyumda nodüler sert kitleler mevcuttu. Bu kitlelerin aort ve pulmoner arter köküne, sağ ventrikül çevresine ve sol ventrikül arkasına doğru yayıldığı görüldü. Yaygın tutulum nedeniyle rezeksiyon düşünülmedi ve sağ atriyumdan biyopsi alınarak operasyon tamamlandı. Postoperatuvar er-



Şekil 1. Transözofajiyal ekokardiyografi ile sağ atriyumdaki kitlenin ve interatriyal ve interventriküler septumdaki kalınlık artışının görünümü.
LA: Sol atriyum, LV: Sol ventrikül, IAS: İnteratriyal septum, RV: Sağ ventrikül MASS: Kitle

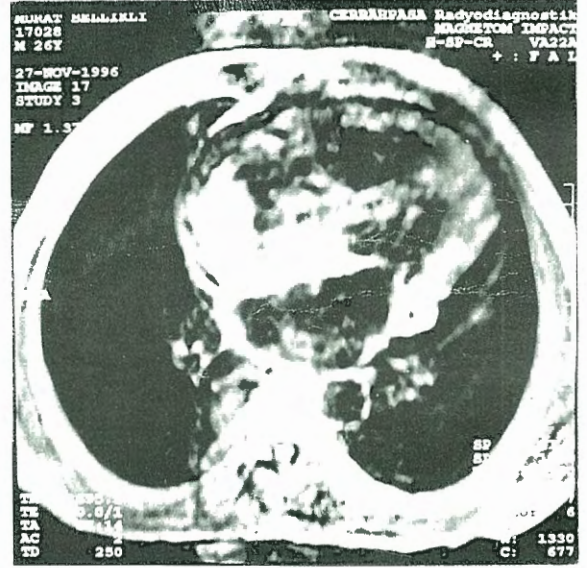
ken dönemde problem görülmeyen hasta 3. gün servise alındı.

Biyopsi materyelinin histopatolojik incelemesinde; miyokard içine ve yağlı dokuya infiltrasyon gösteren "high grade" büyük hücreli lenfoblastik lenfoma tanısı konuldu. Hasta kemoterapi ve ileri araştırma için bir üniversite hastanesi Onkoloji kliniğine sevk edildi. Sistemik lenfoma tutulumunu araştırmak için toraks batın, pelvis ve kranyal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. Kranyal BT de bir özellik saptanmadı. Toraks BT'de; perikardda minimal kalınlaşma ve effüzyon, sağ üst, alt paratrakeal, aorta pulmoner 2cm den küçük lenf nodları görüldü. Batın-pelvis BT de; karaciğer, dalak normal büyüklükteydi, parankim yapısı doğaldı, paraaortik ve intrapelvik LAM saptanmadı.

Onkoloji kliniğinde yapılan kemik iliği biyopsisi, lomber ponksiyon ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildikten sonra kemoterapi başlandı.

TARTIŞMA

Hematolojik malignitelerin kardiyak invazyonu birçok inceleme, olgu bildirisi ve otopsi serilerinde geniş olarak incelenmiştir. Roberts ve ark.(1) malign lenfomadan ölen 196 hastanın otopsilerinde %24 kardiyak tutulum saptamıştır. Kardiyak tutulumu olanların da %44 ünde mikroskopik düzeyde miyokardial infiltrasyon bulunmuş. Kardiyak tutulum, nadiren kardiyak disfonksiyona ait klinik belirti gösterir ve genellikle mortaliteyi etkilemez. En sık tutulum perikardda subepikardiyal yağlı dokuyu içine alacak şekilde görülmüştür ve tüm kalp boşluklarının tutulumuna yaklaşık aynı oranda rastlanmıştır. Hiç bir hastada atriyoventriküler nod veya dallarında



Şekil 2. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile sağ atriyumu dolduran kitle ve kalp duvarlarında kalınlık artışı görülmüyor.

tümör invazyonu görülmemiştir. Çok daha nadir görülen, primer kardiyak lenfoma, sadece kalp ve/veya parikard tutulumuyla sınırlı lenfoma olarak tanımlanır. Sistemik lenfomalı hastalarda nadiren görülmesine karşın, kardiyak disfonksiyona ait klinik semptom ve bulgular primer kardiyak lenfomalı hastaların tümünde görülür ve semptomların görülmesinden sonra aylar içinde (ortalama 2 ay) ölüme götürür (2,3,4). Kalbin sağ ve sol yarısı sistemik lenfomada eşit oranda tutulmasına rağmen, primer kardiyak lenfomada en sık sağ atriyum tutulumu görülür (1). Ekokardiyografik olarak, sağ atriyumdaki diğer kitlelerden farklı görünümündedir; kalp boşluklarına doğru büyüyen polipoid kitlelerdir ve atriyal septum veya kalp boşluklarının duvarlarına yayılım görülebilir (5). Transözofajiyal ekokardiyografi (TEE) ile daha kaliteli görüntüler elde edilebilir ve bu yüzden primer kardiyak lenfomayı saptamada TTE den üstün bulunmuştur (6).

Sunduğumuz olgu; konjestif kalp yetmezliği tablosu ve AV tam blok ile kliniğe geldi ve yapılan araştırmalar sonucu, sağ atriyal kitle tesbit edildi. Hastanın klinik ve hemodinamik durumu stabil olduğu için ve sağ atriyumdaki kitle nedeniyle, geçici pacemaker yerleştirilmesi düşünülmüdü. Daha sonraki takiplerinde hastanın AV tam bloku devam etti ve bu durum hemodinamide bozulmaya neden olmadı. Miyokardiyal biyopsi ile büyük hücreli "high grade" lenfoblastik lenfoma tanısı konulan hastada, kalp tutu-

lumu dışında primer odak olabilecek başka bir patoloji bulunmadığından, primer kardiyak malign lenfoma olduğu kanısına varıldı. Toraks BT de mediastende görülen 2 cm den küçük lenfadenomegaliler bölgesel lenfoma tutulumu (Ann Arbor evre II-E) olarak değerlendirildi (3). Primer kardiyak lenfoma nadir olarak görülen bir durum olmasının yanısıra, şikayetlerin ortaya çıkmasından sonra yaklaşık 9 ay süreyle takip edilen olgumuzda görülen atrioventriküler nodun lenfoma tarafından invazyonu ile oluşan AV tam blok, antemortem tanı konulabilmesi ve kemoterapi ile yaşam süresinin, literatürde belirtilen ortalama yaşam süresinden uzun olması bugüne kadar yayınlanmış primer kardiyak lenfoma vakalarından olgumuzu ayıran özelliklerdir.

KAYNAKLAR

1. Roberts WC, Glancy DL, Devita VT Jr: Heart in ma-

lignant lymphoma-A study of 196 autopsy cases. Am J Cardiol 1968; 2: 85-107

2. Chou ST, Arkles LB, Gil GD, Pinkus N, Parkin A, Hicks JD: Primary lymphoma of the heart - A case report. Cancer 1983; 52: 744-747

3. Gelman KM, Ben-Ezra JM, Steinschneider M, Dutcher JP, Keefe DL, Factor SM: Lymphoma with primary cardiac manifestations. Am Heart J 1986; 111: 808-811

4. Proctor MS, Tracy GP, Koch L Von: Primary cardiac B-cell lymphoma. Am Heart J 1989; 118: 179-181

5. Von Veldhuisen DJ, Hamer HPM, Von Imhoff GW, Hollema H, Lei KI: Role of echocardiography in the diagnosis of cardiac lymphoma. Am Heart J 1990; 119: 973-977

6. Moore JA, DeRan BP, Minor R, Artur J, Fraker TD: Transesophageal echocardiographic evaluation of intracardiac lymphoma. Am Heart J 1992; 124: 514-516

Türk Kardiyoloji Derneği'nden Haberler...

Kurucu Üyelerimizden Prof. Yılmaz Karaözbek'i Kaybettik

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp-Damar Cerrahisi anabilim dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yılmaz Karaözbek 16 Şubat 1998 tarihinde aramızdan ayrıldı. Asistanlığından beri Cerrahpaşa camiasında çalışan Dr. Karaözbek, ülkemizde kalp cerrahisini başlatan merhum Prof. Nihad Dorken'in yanında yetişmiş ve ülkemizin ilk kalp cerrahları arasına girmişti. Derneğimizin kurucu üyeleri arasında bulunan ve bilahare romatoid spondilit hastalığına yakalanan Prof. Karaözbek'in kaybindan dolayı, ailesine ve kardiyoloji camiamıza başsağlığı dileriz.



Kardiyoloji Terimler Sözlüğü Genişletilecek

Dört yıl önce hazırlanan Kardiyoloji Terimler Sözlüğü'nün bu yıl önemli ölçüde genişletilerek yeniden basılması yönetim kurulunca kararlaştırıldı. yine Prof. Dr. Güngör Ertem'in başkanlığında, Prof. Dr. Kamil Adalet, Prof. Dr. Çetin Erol, Prof. Dr. Deniz Güzelsoy, Prof. Dr. Hüsrev Hatemi, Prof. Dr. Altan Onat, Prof. Dr. Hüsnüye Yüksel'in oluşturduğu TKD Nomenklatür Kurulu hazırlıklara başlamış olup sözlüğün Ekim ayında Antalya'da yapılacak Ulusal Kardiyoloji Kongresi'ne yetiştirilmesi öngörülmektedir.