

Sol atriyum kitlesi

Left atrial mass

Dr. Özlem Yıldırım Türk, Dr. Aylin Tuğcu, Dr. Rüstem Olga, Dr. Saide Aytekin¹

Florence Nightingale Hastanesi Kardiyoloji Bölümü; ¹İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Elli altı yaşında kadın hasta, son iki aydır hafif eforla ve son üç gündür istirahatte oluşan nefes darlığı yakınmasıyla merkezimize başvurdu. İki yıl önce öksürük yakınmaları nedeniyle bir başka merkezde çekilen bilgisayarlı tomografide sağ akciğerde kitle görülmesi üzerine hastaya ileri tetkik önerilmiş, ancak hasta ileri tetkik ve tedaviyi kabul etmemişti. Transtorasik ekokardiyografide, sol atriyumu pulmoner ven vasıtasıyla tamamen dolduran ve diyastolde mitral kan akımını engelleyen büyük kitle gözlendi. Göğüs tomografisinde, sağ lateral lob superior segment bronşunu tümüyle tıkayan, alt lob segment bronşlarını belirgin daraltan ve tüm alt loba ait torasik alanı dolduran büyük bir kitle görüldü. Hastanın ileri derecede semptomatik olması nedeniyle, cerrahi konsey kararı ile sağ akciğer alt lob, orta lob ve sol atriyal kitle rezeksiyonu uygulandı. Patolojik değerlendirmede her iki rezeksiyon materyalinde de büyük hücreli akciğer karsinomu tanısı kondu. Hasta ameliyat sonrası 20. günde kardiyopulmoner arrest nedeniyle kaybedildi.

Anahtar sözcükler: Kalp atriyumu/cerrahi; kalp neoplazileri/ikincil/cerrahi; akciğer neoplazileri; tümör metastazı.

Kalbe metastaz yapan tümörler genellikle ileri yaşlarda görülmektedir.^[1] Kalbe metastaz, bilinen maligniteleri olan hastaların otopsilerinde %25, genel toplumda ise %1-3 oranında görülmektedir. Otopsi verilerine göre, kalpte saptanan ikincil tümörlerin oranı, birincil kalp tümörlerine göre 1000 kat fazladır.^[2] Kalbe metastaz potansiyeli en fazla olan tümörler, akciğer, meme ve özofagus karsinomları, malign lenfoma, lösemi ve malign melanomadır.^[1]

Kalp metastazları lenfojen, hematojen yol ile veya doğrudan transvenöz yol ile olmaktadır. Kalbin yakınında yer alan tümörler doğrudan invazyonla da kalbe metastaz yapabilirler.^[1]

A 56-year-old woman presented with a complaint of dyspnea on minimal exertion for the past two months and orthopnea of three-day history. She was first examined at another hospital two years before for nonproductive cough, for which computed tomography was performed that showed a right pulmonary mass. The patient refused further evaluation and treatment at that time. Transthoracic echocardiography revealed a large mass filling the entire left atrium via the inferior pulmonary vein and causing mitral flow obstruction during diastole. Computed tomography of the thorax showed a large mass filling the entire right lower lobe, which occluded the right lateral lobe superior segmental bronchus and obliterated the lower lobe segment bronchi. As the patient was severely symptomatic, she underwent right lower and middle lobectomy and left atrial mass resection, based on the decision of the surgery council. The pathological examination of the specimens from both atrial and pulmonary masses revealed pulmonary large cell carcinoma. The patient died due to cardiopulmonary arrest on the postoperative 20th day.

Key words: Heart atria/surgery; heart neoplasms/secondary/surgery; lung neoplasms; neoplasm metastasis.

OLGU SUNUMU

Elli altı yaşındaki kadın hasta istirahatta oluşan nefes darlığı ve kalp yetersizliği bulgularıyla hastanemize başvurdu. Öykü ve kayıtlarından, hastanın üç yıl önce öksürük nedeniyle başvurduğu bir sağlık kuruluşunda çekilen akciğer röntgeninde sağ akciğer medial lobunda kitle olduğu düşünülen bir lezyona rastlandığı, bilgisayarlı tomografiyle kitlenin doğrulandığı ve ileri tetkik amacıyla hastaya transbronşiyal biyopsi önerildiği, fakat hastanın bunu kabul etmediği öğrenildi. Daha sonra herhangi ileri bir tetkik ve tedavi görmeyen hasta, son iki aydır giderek artan ve son üç gündür istirahatte de oluşan nefes darlığı nedeniyle

Geliş tarihi: 03.05.2007 *Kabul tarihi:* 29.06.2007

Yazışma adresi: Dr. Saide Aytekin. Abide-i Hürriyet Cad., No: 290, Çağlayan, 34381 Şişli, İstanbul. Tel: 0212 - 224 49 50 / 4018 Faks: 0212 - 296 52 22 e-posta: saytekin@superonline.com

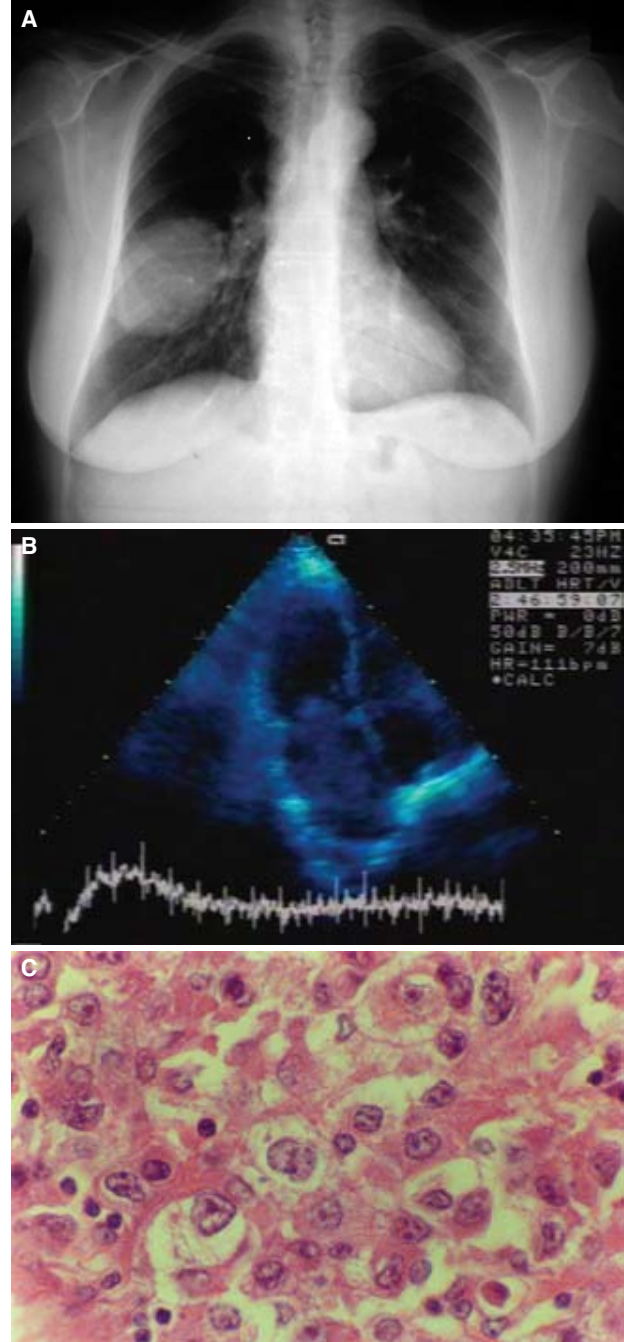
le merkezimize başvurdu. Hastada ortopne, takipne vardı, soluk ve terli görünmekte idi. Fizik muayenesinde kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 110/dk, solunum sayısı 30/dk idi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde juguler venöz dolgunluk, en iyi apikal bölgede duyulan 2/4 şiddetinde diyastolik üfürüm ve 3+ pretibiyal ödem saptandı. Solunum sistemi muayenesinde sol akciğer orta ve bazal bölümünde solunum sesleri alınamadı. Sağ akciğer bazalinde yaygın krepitan raller vardı. Elektrokardiyografide, sinüs taşikardisi ve P pulmonale bulguları dışında özellik saptanmadı. Arter kan gazında pO₂ 71 mmHg, pCO₂ 48 mmHg ve saturasyon %88 bulundu. Biyokimya testlerinde hafif anemi ve lökositoz dışında bir özellik saptanmadı. Telekardiyografide, sağ akciğer orta zonda yaklaşık 7 cm çapında opasite izlendi (Şekil 1a).

Transtorasik ekokardiyografik (Acuson XP 10C) incelemede, sol alt pulmoner ven yolu ile sol atriyumu tümüyle dolduran, düzensiz yüzeyli yaklaşık 7 x 5 cm boyutlarında, miksoma özelliğinde olmayan, ekojenitesi düşük görünümde bir kitle gözlemlendi (Şekil 1b). Diyastolde kitlenin bir bölümü mitral kapaktan sol ventrikül içine doğru geçerek mitral kan akımını engellemekteydi. Tekrarlanan göğüs tomografisinde, sağ lateral lobda superior segment bronşunu tümüyle tıkayan, alt lobda segment bronşlarını belirgin daraltan ve tüm alt loba ait torasik alanı dolduran büyük bir kitle gözlemlendi. Ayrıca, sol atriyum içinde alt pulmoner ven vasıtasıyla uzanım gösteren, akciğerdeki kitle ile devamlılığı olan benzer yapıda bir oluşum saptandı. Hastanın ileri derecede nefes darlığı olması nedeniyle transözofajiyal ekokardiyografi yapılamadı.

Hastanın ileri derecede semptomatik olması, kitlenin mitral kan akımına engel olması, yaşının genç olması ve hastanın ameliyat konusunda ısrar etmesi nedeniyle, sağkalımı uzatmak amacıyla cerrahi konseyde tam rezeksiyonun denemesine karar verildi. Hastaya olası komplikasyonlar konusunda ayrıntılı bilgi verildi. Ameliyatta sağ orta ve alt lobektomi, sol atriyal kitle rezeksiyonu uygulandı. Makroskopik incelemede, düzensiz yüzeyli pembe beyaz renkli kitlenin boyutları 7 x 4 x 4 cm idi. Mikroskopik incelemede büyük sitoplazma ve nükleusu olan anaplastik hücreler saptandı ve büyük hücreli akciğer kanseri tanısı kondu (Şekil 1c). Hastada ameliyat sonrası birinci günde atriyal fibrilasyon gelişti. İkinci günde hastanın yutma refleksi kayboldu ve sağ hemipleji gelişti. Çekilen beyin tomografisinde sol medial serebral arter sulama alanı ile uyumlu infarkt görüldü. Ameliyat sonrası 20. günde hasta kardiyopulmoner arrest nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA

Kalbin en sık gözlenen ikincil karsinomları akciğer ve memeden kaynaklanır.^[3] Kalbe metastaz yapan tümörler genellikle perikard (%52) ve miyokarda (%42) yayılım gösterirler. Düşük bir oranda (%6) endokarda da metastaz yapabilirler. Nadir olarak, pulmoner venler



Şekil 1. (A) Telekardiyografide sağ akciğer orta zonda yaklaşık 7 cm çapında opasite. (B) Transtorasik ekokardiyografide sol atriyumu tümüyle dolduran ekojenitesi düşük kitle. (C) Büyük sitoplazma ve nükleusu olan anaplastik hücreler.

yolu ile sol kalp boşluklarına yayılabilirler.^[4] Akciğer kanserleri genellikle lenfatik yayılım ile retrograd metastaz yaparlar. Melanomlar, renal, adrenal, karaciğer ve uterus kanserleri hematogen yayılım gösterirler ve sıklıkla miyokard tutulumuna neden olurlar. Kalp içine olan metastaz ise venöz yol ile gerçekleşir.^[5]

Sol atriyum ya da pulmoner venlerin perikard içi bölümüne yayılan küçük hücreli dışı akciğer kanserleri, infiltrasyonun derecesinden bağımsız olarak evre 4 olarak sınıflandırılırlar.^[6] Kalp kavitesi içine metastaz gösteren akciğer kanserlerinin geniş rezeksiyonunu değerlendiren bazı çalışmalar vardır.^[7] Evre 4 akciğer kanseri olan hastalarda, uzun dönemli sağkalım esas olarak rezeksiyonun tam yapılmasına bağlıdır.^[8] Evre 4 tümörlerde rezeksiyon sonrası tümör embolizasyonu riski vardır ve ameliyat mortalitesi %5-18 arasındadır. Kalbe ve büyük damarlara yayılım gösteren akciğer kanserlerinde tam rezeksiyon sonrasında beş yıllık sağkalım %23-40 arasında değişmektedir. Rezeksiyonun tam olmadığı hastalarda ise sağkalımın üç yıldan fazla olmadığı gözlenmiştir.^[9] Biz de hastanın semptomlarını azaltmak ve yaşam süresini artırmak amacıyla tam rezeksiyonu denemeyi amaçladık. Ancak, hasta büyük olasılıkla tümör embolizasyonu sonucunda kaybedildi.

KAYNAKLAR

1. Reynen K, Kockeritz U, Strasser RH. Metastases to the heart. *Ann Oncol* 2004;15:375-81.
2. Roberts WC. Primary and secondary neoplasms of the heart. *Am J Cardiol* 1997;80:671-82.
3. Klatt EC, Heitz DR. Cardiac metastases. *Cancer* 1990; 65:1456-9.
4. Onuigbo WI. Direct extension of cancer between pulmonary veins and the left atrium. *Chest* 1972;62:444-6.
5. Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, editors. *The lung*. In: *Basic pathology*. 6th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1991. p. 697-774.
6. Ratto GB, Costa R, Vassallo G, Alloisio A, Maineri P, Bruzzi P. Twelve-year experience with left atrial resection in the treatment of non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2004;78:234-7.
7. Tsuchiya R, Asamura H, Kondo H, Goya T, Naruke T. Extended resection of the left atrium, great vessels, or both for lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1994; 57:960-5.
8. de Perrot M, Fadel E, Mussot S, de Palma A, Chapelier A, Dartevelle P. Resection of locally advanced (T4) non-small cell lung cancer with cardiopulmonary bypass. *Ann Thorac Surg* 2005;79:1691-6.
9. Fukuse T, Wada H, Hitomi S. Extended operation for non-small cell lung cancer invading great vessels and left atrium. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;11:664-9.