

Erkan YILDIRIM<sup>1</sup>  
Barış İKİTİMUR<sup>1</sup>  
Alper DÖVENTAŞ<sup>2</sup>  
Mahir CENGİZ<sup>2</sup>  
Deniz Suna ERDİNÇLER<sup>2</sup>  
Tanju BEĞER<sup>2</sup>



## OLGU SUNUMU

# NEFES DARLIĞININ NADİR BİR NEDENİ OLAN İKİ MİKSOMA OLGUSU

## Öz

Miksomalarda kalbin en sık görülen primer tümörleridir. Primer kardiyak miksomalarda sıklıkla sol atriyumda yerleşirler. Genellikle histopatolojik olarak benign kabul edilmelerine rağmen, kritik yerleşimleri nedeniyle özellikle mitral kapak obstrüksiyonlarına ve serebrovasküler embolilere neden olabilirler. Miksomalarda nadiren asemptomatiktir. Burada, farklı klinik tablolar ile başvuran 65 ve 62 yaşında iki miksoma vakası sunulmaktadır. İlk olgu hafif nefes darlığı, ikinci olgu ise nefes darlığı yanı sıra kalp yetersizliği semptom ve bulguları ile başvurmuştur. Başvuru sırasında öncelikli tanı olarak düşünülmesi de, klinik izlem sırasında yapılan ekokardiyografilerinde her iki vakada sol atriyumda dev miksomalarda saptanmıştır. Kitleler cerrahi olarak çıkarılmış ve patolojik tanıları miksoma ile uyumlu bulunmuştur. Nadir görülen miksomalarda, klinik pratikte nefes darlığının tipik olmayan sebepleri arasında yer alabileceğini vurgulamak adına bu iki olgunun bildirilmesine karar verilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Miksoma; Kalp Tümörleri; Dispne; Kalp Yetersizliği.



## CASE REPORT

# A RARE CAUSE OF DYSPNEA: TWO MYXOMA CASES

## ABSTRACT

Myxomas are the most common types of primary cardiac tumors. Primary cardiac myxomas are typically encountered in the left atrium. Although they are generally benign on histopathological examination, they may cause cerebrovascular embolism and mitral valvular obstruction due to their critical location. Myxomas are rarely asymptomatic. Here we report two myxoma cases, a 65 years old male and a 62 years old female, who were admitted to the hospital with rather different clinical presentations. The first patient had only mild dyspnea, whereas the second one presented with symptoms and signs of heart failure besides dyspnea. Albeit not included among the initial differential diagnoses, giant left atrial myxomas were detected in each patient on echocardiographic studies performed during their clinical evaluation. Masses were surgically excised and were pathologically diagnosed as myxomas. We present these two cases in order to underline the fact that although encountered rarely, cardiac myxoma should be included in the differential diagnosis of dyspnea in everyday practice.

**Key Words:** Myxoma; Heart Neoplasms; Dyspnea; Heart Failure.

## İletişim (Correspondance)

Erkan YILDIRIM  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Kardiyoloji Anabilim Dalı İSTANBUL

Tlf: 0212 602 00 69  
e-posta: drerkan23@yahoo.com

Geliş Tarihi: 19/07/2010  
(Received)

Kabul Tarihi: 12/10/2010  
(Accepted)

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Kardiyoloji Anabilim Dalı İSTANBUL  
<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı  
İSTANBUL

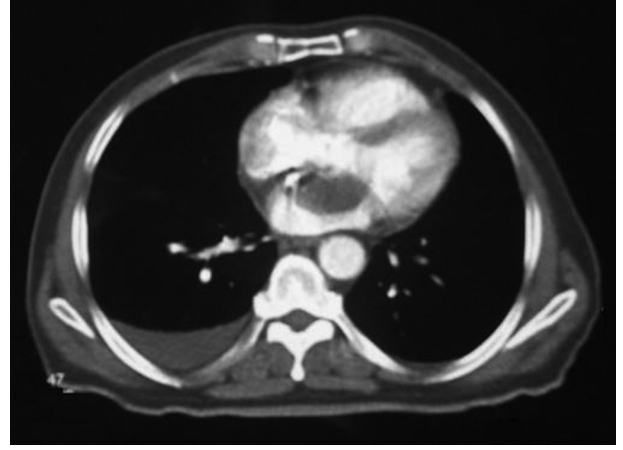


## GİRİŞ

Primer kardiyak tümörlerin %70'i iyi huyludur ve bunların da büyük çoğunluğunu miksomalar oluşturmaktadır (1). Miksomaların %70'i sol atriumda, az bir kısmı da sağ atriumda yerleşir. Sağ atriyal miksomalar, sol atriyal miksomalara göre daha solid yapıda olup, daha geniş tabanlı olmaya eğilimlidirler (2). Miksomalar ailesel yatkınlık gösterirler ve sıklıkla sol atriyal miksomalarda bu durum daha fazladır. Kitlenin bulunduğu kalp boşluğu ve tutunduğu yüzey, kitlenin trombüs, vejetasyon ve diğer tümörlerden ayırıcı tanısında önemli ipuçları vermektedir. Birçok kardiyovasküler hastalığı taklit edebilirler (3,4). Miksomaların hemen tamamında tanı iki boyutlu ekokardiyografik inceleme ile konulur (5). Bizim vakalarımızda ciddi nefes darlığı ve kalp yetersizliği bulguları ile başvuran nadir miksoma olguları sunulmuştur.

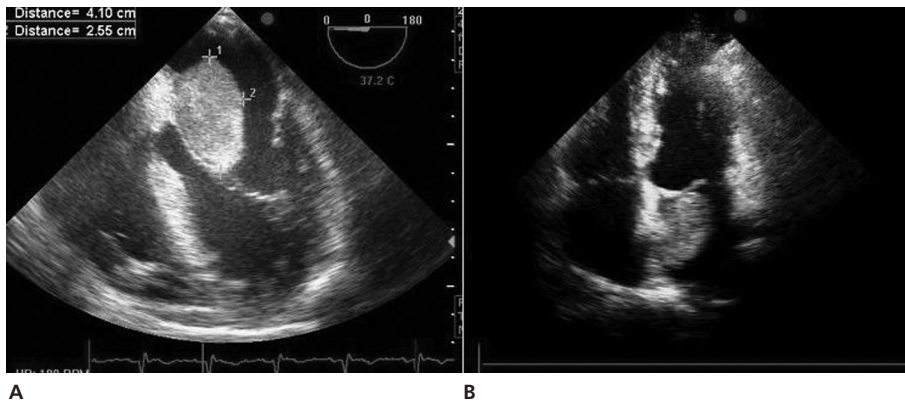
## Olgu 1

65 yaşında erkek hasta, dört gün önce başlayan nefes darlığı, baskı tarzında, egzersiz ile ilişkisiz göğüs ağrısı, öksürük, halsizlik ve batıcı tarzda sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurarak yatırılmıştır. 10 yıldır hipertansiyon ve hiperlipidemi tanısıyla tedavi gören hastanın, 5 yıl önce nefes darlığı şikayeti ile gittiği doktor tarafından astım tanısı ile astıma yönelik tedavisi düzenlenmiştir. Buna karşılık nefes darlığında gerileme olmadığını belirtmektedir. İki ay önce taşlı kolesistit tanısıyla laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçirmiştir. 10 yıldır bir paket/gün sigara anemnezi olan hasta alkol kullanmamaktadır. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel 150/80mmHg, nabız dakika sayısı 90/dk/ritmik, aksiler ateş 38.2°C, kardiyovasküler sistem muayenesinde S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub> ritmik, ek ses yada üfürüm duyulmamıştır. Sağ akciğer alt alanda dinlemekle solunum sesleri azalmış, belirgin ral yada ronkus

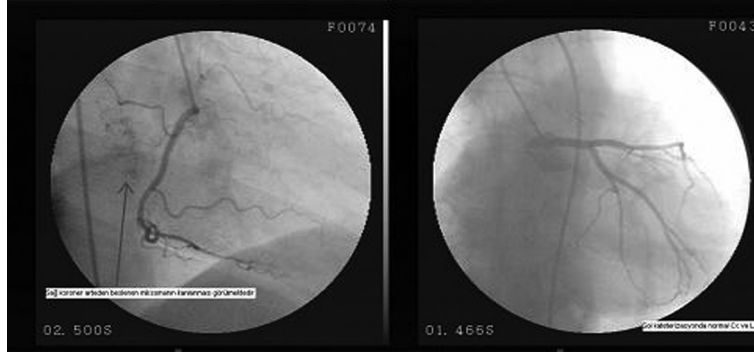


Şekil 1— Bilgisayarlı tomografi incelemede sol atriumda 46x23 mm boyutunda hipodens, düzgün sınırlı lezyon.

duyulmamıştır. Karın muayenesinde laparoskopik kolesistektomi operasyonuna sekonder skarlar dışında patoloji saptanmamıştır. Elektrokardiyografisi normal olan hastanın akciğer grafisinde sağ akciğer bazalde pleural effüzyon, sağ kostafrenik sinüs kapalı; atipik göğüs ağrısı olması nedeniyle bakılan kardiyak belirteçleri normal bulunmuştur. Arter kan gazları incelemesinde pH 7.4, pCO<sub>2</sub> 42mmHg, pO<sub>2</sub> 95mmHg, sO<sub>2</sub> %98, cHCO<sub>3</sub> 22 mEq/L olan hastanın diğer laboratuvar testlerinde D-dimer 3.5mg/L (normal değeri:0-0.5 mg/L), hematokrit %37, hemoglobin 11.3g/dL dışında patolojiye rastlanmamıştır. Pulmoner emboli, pnömoni, postoperatif pulmoner effüzyonu ekarte etmek için çekilen yüksek rezolüsyonlu toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde ise sağda 2cm'ye varan pleural effüzyon, sol atriumda 46x23mm boyutunda hipodens lezyon saptanmıştır (Şekil 1). Bunun üzerine yapılan



Şekil 2— A. Transözefagal ekokardiyografik incelemede sol atriumda 41x25 mm boyutunda hipodens düzgün sınırlı lezyon. B. Transtorasik apikal dört boşluk görüntüsünde sol atriyal kitle



**Şekil 3—** Koroner angiografide sağ kateterizasyonda sağ koroner arterden beslenen sağ atrial miksomanın kanlanması ile normal sağ koroner arter; sol kateterizasyonda normal sirkumfleks ve sol koroner arter.

transtorasik ve transözefagial ekokardiyografik incelemede, kapakların yapı ve açılımı normal, kalp boşluklarının genişliği ve duvar kalınlıkları normal; sol atriumda interatrial septuma yapışık, en geniş yerinde 4.3x2.6cm ölçülen, aralıklı olarak mitral kapak orifisine angaje olan kitle görülerek, ejeksiyon fraksiyonu %60 olarak belirlenmiştir (Şekil 2). Ön planda en sık kardiyak tümörlerden olan miksoma düşünülen vakaya, hipertansiyon, hiperlipidemi, yaş gibi atrosklerotik risk faktörleri de göz önüne alınarak preop koroner angio uygulanmıştır (Şekil 3). Kitlenin sağ koroner arterden beslendiği, koroner arterlerin normal olduğu görülmüştür. Kitleye yönelik cerrahi girişim sonrası (Şekil 4), sitolojik incelemesi miksoma ile uyumlu bulunmuştur. Hasta ekokardiyografi ile takibe alınmıştır.

## Olgu 2

62 yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır eforla gelen nefes darlığı, halsizlik ve son bir aydır bu yakınmalarının artması

üzerine kliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel 140/90mmHg, nabız 92/dk/aritmik, ateş 36.4°C, apekte middiastolik üfürüm, bilateral akciğer bazellerinde kreptan raller, boyun venöz dolgunluğu ve pretibial ödem saptanmıştır. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 10.2g/dl, hematokrit %31, sedimentasyon hızı 40mm/saat dışında patolojik değere rastlanmamıştır. Elektrokardiyografisi normal olan hastanın, telekardiyogramında kardiyomegali mevcuttur. Transtorasik ekokardiyografisinde normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu, sol atrium ve sağ kalp boşluklarında dilatasyon, interatriyal septumdan kaynaklanan 5.02 x 4.55 mm. çaplarında, diyastolde sol ventriküle giren ve akımı kısıtlayan kitle ile (Şekil 5), mitral akım maksimum 23.25mmHg, ortalama 12.5mmHg gradyan, hafif triküspit yetersizliği altında ölçülen pulmoner arter basıncı 65mmHg olarak saptanmıştır. Aterosklerotik risk faktörü olarak hipertansiyon ve aile öyküsünün olması nedeniyle koroner anjiyografisi yapılan hastanın koroner arterlerinde patolojiye rastlan-



**Şekil 4—** Cerrahi sonrası kitlenin makroskopik görünümü.



Şekil 5— A. Kitlenin sistolde sol atriumdaki görüntüsü. B. Kitlenin diyastolde sol ventrikül ve sol atriumdaki görüntüsü.

mamıştır. Miksoma düşünülerek kitleye yönelik cerrahi uygulanmış, sitolojik tanısı miksoma ile uyumlu gelmiştir. Cerrahi sonrası yakınmaları gerileyen hasta ekokardiyografi ile takibe alınmıştır.

## TARTIŞMA

Miksoma en fazla görülen benign kardiyak tümördür ve tüm primer kardiyak tümörlerin %30'unu, tüm benign tümörlerin yarısına yakınını oluşturur. Miksomaların %70'i sol atriyumda, %20'si sağ atriyumda, %5'i sol ve sağ ventrikülde görülmektedir (6-9). Tümörün kapak yerleşimi çok nadirdir. Tipik olarak yerleşim yeri interatriyal septumda fossa ovalis bölgesidir. Miksomanın endokardiyal yüzeye tutunması çoğunlukla ince bir pediküldür. %10 oranında da pedikülsüz olarak geniş bir tabanla tutunur (10). Morfolojik olarak iki tip miksoma tanımlanmıştır: 1. Yuvarlak, düzgün yüzeyli ve solid kitle (globüler yapı), 2. Düzensiz yüzeyli ve parçalı kitle (polipoid yapı) (11).

Miksoma sporadik ve familial form olarak ikiye ayrılır. En fazla görülen sporadik form olmakla birlikte familial form %7 oranında bildirilmiştir (12). Sporadik form tipik yerleşim gösterirken, familial form daha genç yaşla birlikte, atipik yerleşimde ve multipl tümör oluşumu ile karşımıza çıkar. Vidaillet ve ark. familial miksomayı bir sendrom olarak Carney kompleksinin bir parçası olarak bildirmişlerdir (13). Özdemir ve ark.'nın sundukları olguda sol atriyal miksoma ve ayak sırtında 10 mm çapında ağrısız kitlenin birlikteliği ön planda Carney sendromunu düşündürmüştü de, ayakdaki kitlenin patoloji sonucu benign schwannom ile uyumlu bulunmuş, Carney sendromunda görülen tipik melanotik psammomatoz değişimler izlenmemiştir (14). Bu nedenle, benzer durumlarda kesin tanıyı belirlemek için patolojik tanıya gerek vardır.

Klinik bulgular tümörün büyüklüğü ve bulunduğu kalp boşluğuna göre değişebilir. Biyokimyasal parametrelerden sedimantasyon ve CRP yüksekliği görülebilir. Bu semptomların tümörden salınan vazoaktif ürünlere veya tümöre karşı oluşan otoimmün yanıtı bağlı olabileceği bildirilmiştir (15). Bizim olgularımızın ilkinde ateş, ikincisinde ise sedimantasyon yüksekliği mevcuttur.

İlk olgumuzun ciddi nefes darlığı, ikinci olgumuzun ise nefes darlığı yanısıra kalp yetersizliği bulgu ve semptomları ile başvurması, nadir görülen miksomanın klinik olarak farklı tablolarla karşımıza çıkabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Nefes darlığının ayırıcı tanısında nadir sebeplerden de olsa atriyal miksoma da akla gelmeli, tanıya yönelik girişimler ve ekokardiyografi hızla planlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Bhan A, Mehrotra R, Choudhary SK, et al. Surgical experience with intracardiac myxomas: Long-term followup. *Ann Thorac Surg* 1998;66:810-3. (PMID: 9768935).
2. Selveraj A, Kumar R, Ravikumar E. Surgical management of right atrial myxomas. A 15 years experience with review of the literature. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1999;40:101-5. (PMID: 10221394).
3. Goswami KC, Shrivastava S, Bahl VK, Saxena A, Manchanda SC, Wasir HS. Cardiac myxomas: Clinical and echocardiographic profile. *Int J Cardiol* 1998;63:251-9. (PMID: 9578352).
4. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:159-72. (PMID: 11388092).
5. Jelic J, Milicic D, Alfirevic I, et al. Cardiac myxoma: Diagnostic approach, surgical treatment and follow-up. A twenty years experience. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1996;37:113-7. (PMID: 10064362).



6. Meng Q, Lai H, Lima J, Tong W, Qian Y, Lai S. Echocardiographic and pathologic characteristics of primary cardiac tumors: a study of 149 cases. *Int J Cardiol* 2002;84:69-75. (PMID: 12104067).
7. St John Sutton MG, Mercier LA, Giuliani ER, Lie JT. Atrial myxomas: a review of clinical experience in 40 patients. *Mayo Clin Proc* 1980;55:371-6. (PMID: 7382545).
8. Markel ML, Waller BF, Armstrong WF. Cardiac myxoma. A review. *Medicine* 1987;66:114-25. (PMID: 3547010).
9. Burke AP, Virmani R. Cardiac myxoma. A clinicopathologic study. *Am J Clin Pathol* 1993;100:671-80. (PMID: 8249916).
10. Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. *J Am Soc Echocardiogr* 2006;19:230-40. (PMID: 16455432).
11. Ha JW, Kang WC, Chung N, et al. Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. *Am J Cardiol* 1999;83:1579-82. (PMID: 10363879).
12. Roberts WC. Primary and secondary neoplasms of the heart. *Am J Cardiol* 1997;80:671-82. (PMID: 9295010).
13. Vidaillet HJ Jr, Seward JB, Fyke FE 3rd, Su WP, Tajik AJ. "Syndrome myxoma": a subset of patients with cardiac myxoma associated with pigmented skin lesions and peripheral and endocrine neoplasms. *Br Heart J* 1987;57: 247-55. (PMID: 3566983).
14. Ozdemir N, Kaymaz C, Ozveren O, et al. Coincidence of sporadic left atrial myxoma and benign schwannoma of the foot erroneously diagnosed as Carney complex. *Echocardiography* 2003;20:385-6. (PMID: 12848884).
15. Yuehua L, Jing G, Kai F, Hongwei W, Jingjing L. Left atrial myxoma presenting with erythematous macules and loss of memory. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:383-6. (PMID: 12823299).