

Mitral kapakta kitle: Olgu sunumu ve literatür derlemesi

Mitral valve mass: Case report and review of the literature

İsa Öner Yüksel, Ayşe Saatçı Yaşar, Hacı Ahmet Kasapkara, Mehmet Bilge

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Yazışma adresi:

İsa Öner Yüksel, Adres: Erzurum Mah. Dumlupınar Cad. Geçit sok. 6/7, Cebeci-Ankara, Posta kodu: 06340, e-mail: drisayuksel2@hotmail.com, iş tel: 312 2912525 / 4340, Cep: 0505 6221027

Özet

Mitral kapak kitlelerinin ayırıcı tanısında miksona, fibroelastom gibi benign kardiyak tümörler başta olmak üzere vejetasyon, trombus ve daha nadir olarak kan kisti gibi nedenler vardır. Mitral kapakta kitlesi olan hastaların yönetimi tanılarına göre çok değişken olabilmektedir. Bu nedenle bu hastalarda girişimsel olmayan yöntemlerle tanının netleştirilmesi hasta yönetimi açısından önemli olmaktadır.

Anahtar kelimeler: mitral kapak, kitle, ayırıcı tanı

Abstract

The differential diagnosis of mitral valve masses includes benign cardiac tumors, vegetations, thrombus and less commonly blood cysts. The management of the patients with mitral valve mass may differ according to the diagnosis. Therefore, classification of the diagnosis with noninvasive methods is of great importance.

Key words: mitral leaflet, mass, differential diagnosis

Olgu sunumu

Kırk-dört yaşında bayan hasta 4 yıldır devam eden çarpıntı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Aile öyküsünde belirgin bir özellik yoktu. Fonksiyonel kapasitesi NYHA (New York Heart Association) sınıf 2 idi. Fizik muayene apikal 1-2/6 derece pansistolik üfürüm dışında normal sınırlardaydı. Hastanın hikayesinden dört yıl önce yine çarpıntı şikayetiyle bir merkeze başvurduğu ve yapılan transtorasik ekokardiyografide (TTE) mitral kapakla ilişkili bir kitle tespit edildiği öğrenildi. O dönemde yapılan transözefajiyal ekokardiyografide (TÖE) bu kitlenin ne olduğu tam olarak anlaşılamamış ve hastaya herhangi bir tedavi uygulanmamış. Hastanemizde yapılan TTE'de mitral kapak anterior leafletin korda ile birleşim yerinde 2,1x1,1 cm çapında düzgün sınırlı nonekojen, ince duvarlı, kapak koaptasyonunu bozmayan kistik bir oluşum izlendi (Resim 1). Kistik yapının parasternal uzun aks ve apikal dört boşluk görüntüleri alındı (Resim 2, 3). Hafif derece mitral yetersizliği dışında başka bir patoloji saptanmadı. Hastaya TÖE ve kardiyak manyetik rezonans (MR) planlandı. Hasta 4 yıl önce TÖE yapılırken zorlandığını ve TÖE'ye rağmen tanı konulamadığını ifade ederek TÖE ve kardiyak MR teklifimizi kabul etmedi.

Tartışma

Mitral kapakta kitlenin ayırıcı tanısında miksona, fibroelastom gibi benign kardiyak tümörler başta olmak üzere vejetasyon, trombus ve daha nadir olarak kan kisti gibi nedenler akla gelmelidir.

Miksomalar kalbin en sık görülen benign tümörü olup kapak tutulumu oldukça nadirdir. Otuz-bir vakalık bir mitral kapak miksoması serisinde daha çok bayanlarda görüldüğü, posterior leafletin daha sık (%59.6) tutulduğu ve atriyal yüz yerleşiminin daha sık (%80) olduğu ifade edilmiştir. Bu seride bayanlarda kardiyak semptomlar ön planda iken erkeklerde embolik semptomlar öne çıkmaktadır. Miksomalar ekokardiyografide düzensiz sınırlı heterojen yapıda izlenir ve %90'ı pedinküllüdür (1, 2).

Fibroelastomlar kalbin en sık ikinci benign tümörü olup valvüler tümörlerin %75'ini oluştururlar (3). En sık tutulan kapak aort kapağı (%44) olup mitral kapak (%35) ikinci sıklıkla tutulmaktadır. Bununla birlikte triküspid kapak (%15) ve pulmoner kapak da (%8) tutulabilir. Tutulan kapağın genellikle orta kısmı etkilenir ve boyut olarak ortalama 10 milimetredir ancak literatürde 70mm olan bir vaka da bildirilmiştir (4). Büyük bir kısmı asemptomatik olup geçici iskemik atak, inme, myokard infarktüsü, ani ölüm, presenkop, senkop, pulmoner tromboembolizm ve periferik embolizm bildirilmiştir (5-7). EKG genellikle spesifik olmayıp atriyal aritmiler bulunabilir. Tipik ekokardiyografik görünümü yuvarlak, düzgün sınırlı, homojen, çoğunlukla 20 mm'nin altında, saplı ve mobil kitle şeklindedir (8).

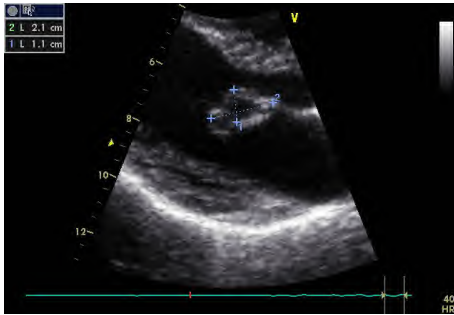
Kardiyak hemanjiyomlar her yaşta görülebilir. Endokard, miyokard ve perikardi tutabilir. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen lokalizasyonuna göre klinik vermesiyle karakterizedir. İntramural hemanjiyomlar çoğunlukla sağ kalp boşluklarını tutar ve perikardiyal effüzyonla birlikte olur.

Kapakla ilişkili kistik yapı oluşturabilecek nedenler arasında vejetasyonları ve trombüs oluşumunu da göz önünde bulundurmak gerekir. Özellikle infektif endokarditi destekleyen klinik, serolojik, mikrobiyolojik kanıtlar varsa, ekokardiyografi ile ilave kapak hasarı izleniyorsa infektif endokardit ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir. Trombüsler ise genelde sol atriyum, sol atriyal appendiks, sağ atriyum veya sağ atriyal appendiks içinde bulunur. Hastalarda genelde atriyal fibrilasyon, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu, diyabetes mellitus gibi risk faktörleri mevcuttur. Ekokardiyografik olarak sınırları düzensiz, ekojenitesi kalp ekojenitesine göre farklılık gösterebilen, sapsız, yüksek mobiliteye sahip kitleler olarak izlenir. Nadir olarak kapakta kistik lezyon nedeni olarak kan kisti rapor edilmiştir. Kan kistleri ilk olarak 1844'de bildirilmiş olup kalbin konjenital lezyonları arasında sayılmaktadır (9). Erişkinlerde bildirilen vaka sayısı çok azdır. Valvüler gelişim evresinde kan hücrelerinin kapak yapıları içine sıkışması veya normal kapak invajinasyonlarının dilatasyonuna bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Kökeni net olmamakla birlikte ektazik kan damarları veya anjiomalardan köken alabileceği düşünülmüştür (10).

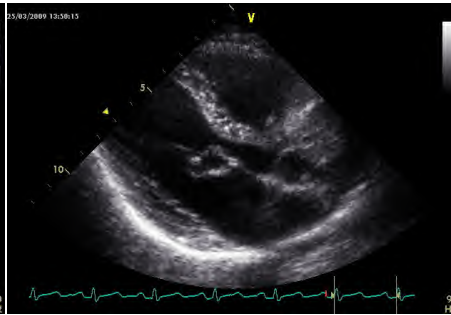
Bizim vakamızda izlenen mitral kapakla ilişkili kistik yapının ayırıcı tanılarında bir tanesi fibroelastom idi. Kapak üzerine yerleşimi, boyutları, mitral kapakta oluşu, düzgün sınırlı olması fibroelastom

düşündürmesine karşın kistik yapıda olması fibroelastom ile çok uyumlu değildi. Miksomaların ise kapak tutulumu çok azdır, posterior leaflet tutulumu ve atriyal yüzde yerleşimi ön plandadır ve genellikle kistik yapıda değillerdir. Hastanın asemptomatik olması, risk faktörlerinin bulunmaması ve kitle hikayesinin 4 senedir olması infektif endokardit ve trombüs tanılarında uzaklaştırmaktadır. Az sayıda bildirilmiş olmasına rağmen lezyonun asemptomatik seyretmesi ve kistik yapıda olması kan kisti olabileceğini düşündürmektedir. Bu yapının kardiyak MR ve TÖE ile incelenmesi tanının aydınlatılmasına yardımcı olabilirdi. Ancak hastamız ileri tetkik yapılmasını kabul etmediği için bu tetkikler yapılamamıştır.

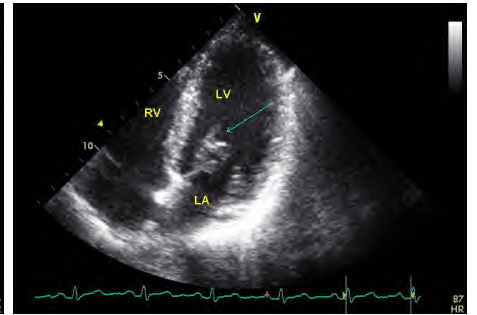
Mitral kapakta kitlesi olan hastaların takibi tanılarında göre çok değişken olabilmektedir. Pek çok hekim asemptomatik fibroelastomlu hastalara artmış embolik risk nedeniyle cerrahi tedavi önermektedir. Miksomaların tedavisinde cerrahi önemli yer tutmaktadır. Infektif endokardit yönetimi medikal olsa da hastalığın seyri sırasında cerrahi gerekebilmektedir. Kan kistlerinin yönetiminde net bir fikir birliği yoktur. Ancak pek çok hekim asemptomatik hastaların medikal tedavi ile takip edilmesinin uygun olacağını düşünmektedir. Bu gibi hastalarda girişimsel olmayan yöntemlerle tanının netleştirilmesi hastaya yaklaşım açısından önemli olmaktadır.



Resim 1: Mitral kapak anterior leafletinde kistik bir oluşumun korda ile birleşim yerinde kistik bir oluşum



Resim 2: Kistik yapının parasternal uzun aks görünümü.



Resim 3: Apikal dört boşluk görüntüsünde kistik yapı görülmekte.

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Choi BW, Ryu SJ, Chang BC, Choe KO. Myxoma attached to both atrial and ventricular sides of the mitral valve: report of a case and review of 31 cases of mitral myxoma. *Int J Cardiovasc Imaging* 2001; 17 :411-6
- 2) Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. *J Am Soc Echocardiogr* 2006; 19: 230-40.
- 3) Edwards FH, Hale D, Cohen A, Thompson L, Pezzella AT, Virmani R. Primary cardiac valve tumors. *Ann Thorac Surg* 1991; 52: 1127-1131
- 4) Gowda RM, Khan IA, Nair CK, Mehta NJ, Vasavada

- 5) BC, Sacchi TJ. Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases. *Am Heart J* 2003; 146: 404-10.
- 6) Ni Y, von Segesser LK, Dirsch O, Schneider J, Jenni R, Turina M. Cardiac papillary fibroelastoma. *Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 44: 257-260
- 7) Grinda JM, Latremouille C, Berrebi A, Couetil JP, Chauvaud S, Fabiani JN, Deloche A, Carpentier A. Cardiac fibroelastoma. Six operated cases and review of the literature. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2000; 93: 727-732
- 8) Klarich KW, Enriquez-Sarano M, Gura GM, Edwards WD, Tajik AJ, Seward JB. Papillary fibroelastoma: echocardiographic characteristics for diagnosis and

- 9) pathologic correlation. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 784-790
- 10) Daveron E, Jain N, Kelley GP, Luer WH, Fermin C, Helmcke F, Kerut EK. Papillary fibroelastoma and Lamb's excrescences: echocardiographic diagnosis and differential diagnosis. *Echocardiography* 2005; 22: 461-3.
- 11) Elsasser C. Berichruber die Ereignisse in der Gebaaranstalt des Catherinen-Hospital in Jahre 1844. *Med Correspondenzblatt* 1844; 14: 297.
- 12) Kantelip B, Satge D, Camelleri L, Chenard MP, De Riberolles C. Valvular cyst and atrioventricular canal in a child with trisomy 21. *Ann Pathol* 1994; 14: 101-7.