

Primer Perikardiyai Mezotelioma

Doç.ür.Ferhan ÖZMEN, *Doç.Dr.Şevket RUACAN, Prof.Dr.Erdem ORAM

Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bilim Dalı ve »Patoloji Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Primer perikardiyai mezotelioma, primer kardiyai tümörler arasında nadir görülen bir neoplazmadır. Oluz iki yaşındaki erkek hasta nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik, retrosternal ağrı, kilo kaybı; karın, göğüs ve bacaklarda şişme ve hemoptiziden şikayet etmekte idi.

Primer perikardiyai mezotelioma tanısı otopside konuldu.

Anahtar kelimeler: Primer Perikardiyai Mezotelioma

SUMMARY

*PRIMARY PERICARDIAL MESOTHELIOMA
(A CASE REPORT)*

Primary pericardial mesothelioma is an unusual neoplasma in primary cardiac tumors. The patient, a 32-year old-man, had dyspnea, palpitation, weakness, retrosternal pain, weight loss, swelling in the trunk, abdomen and legs and hemoptysis.

The diagnosis of primary pericardial mesothelioma was made by autopsy

Key words: Primary Pericardial Mesothelioma

Primer perikardiyai mezotelioma, nadir görülen bir kalp neoplazmasıdır. Perikard tümörlerinin yansıını oluşturur(1). İlk orijinal vaka, 1863 yılında Foster(2) tarafından yayınlanmıştır.

Literatürde yaklaşık 150 primer perikardiyai mezotelioma bildirilmiştir (1-3). Otopsi çalışmalarında %0.5 sıklığındadır.

Bu yazının amacı, son derece nadir görülen bir perikardiyai mezotelioma vakasını takdim etmektir.

Vaka Takdimi

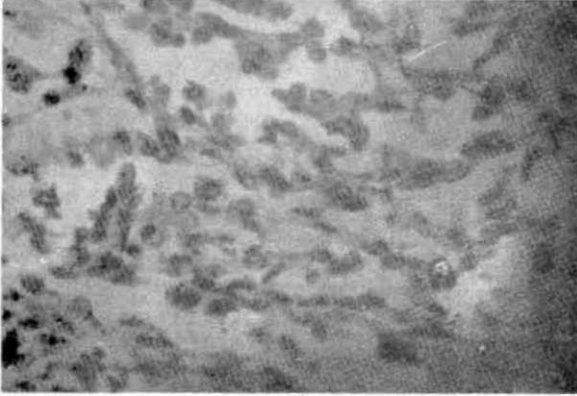
İ.M., 32 yaşında erkek, 5 ay öncesine kadar herhangi bir şikayeti yok iken, son 2-3 ay içinde giderek artan nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik; retrosternal bölgede koparıcı vasıfta, kollara yayılan, aneljeziklerle geçen ağrı; kilo kaybı, karın, göğüs ve bacaklarda şişme ve hemoptizi şikayetleri ile yatırıldı. Fizik muayenede, nabız 80/dakika, kan basıncı 120/80 mmHg.,

Geliş Tarihi: 13.4.1988 Kabul Tarihi: 15.4.1988

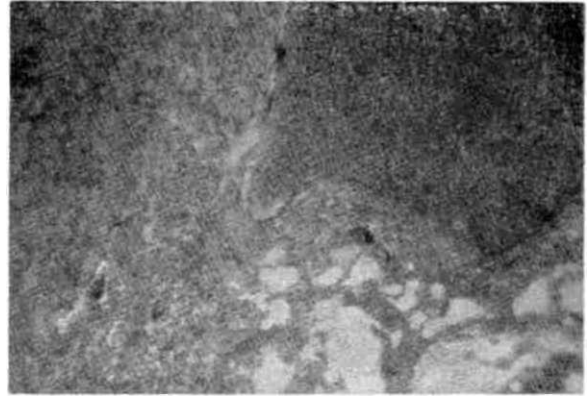
Yazışma Adresi: Doç.ür.Ferhan ÖZMEN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Bilim Dalı, ANKARA

ortopne, boyunda venöz dolgunluk, akciğer orta ve alt loblarında seslerde azalma mevcuttu ve her 2 sinüs kapalı idi. Kalp sesleri derinden geliyordu, sol alt sternal kenarda işitilen 1-2/6 dereceden sistolik üfürüm vardı, karaciğer kosta kenarını 10 cm. geçiyordu; asit, anasarka tarzında ödem ve çomak parmak mevcuttu. Hastaneye kabulünde, santral venöz basınç 30 cm su idi ve paradoks nabız mevcuttu. Yapılan pleval ponksiyonlar 1300 ml transüda ve periton aspirasyonunda transüda vafında sıvı elde edildi. Bakteriyolojik ve sitolojik inceleme sonuçları negatif idi. Pleval ponksiyonlar 12,16 18 ve 20 nci günlerde tekrarlandı ve 150 ml civarında sıvı elde edildi. Bunların bakteriyolojik ve sitolojik inceleme sonuçları da negatif idi.

Laboratuvar Muayenesinde; Hemoglobin %13 gm, alkalın fosfataz 13 KA ü, SGOT 145 ü, SGPT 145 ü, total bilirubin %1.8 mg, total protein %6.7 gmalbumin %2.7 gm, kan üre nitrojeni %134 mg, kreatinin %3.7 mg, ürik asit %11.3 mg bulundu. Hastaneye yatışının 7 nci gününde, diüretik tedaviyi takiben, SGOT 84 ü, SGPT 40 ü, kan üre nitrojeni %27 mg, kreatinin %1.7 mg, ürik asit %6.1 mg idi. Akciğer grafisinde, bilateral yaygın pleval effüzyon; elektrokardiyogramda sinüs ritmi, ekstremitelerinde derivasyonlarda düşük



Şekil 1. Epikardiyal yağ dokusu içinde parsiyel olarak nekrotik tümör nodüllerinde iğnemi şekilli füziform hücreler (Fibröz tip mezotelioma).



Şekil 2. Pulmoner damarlar içinde taze trombus.

voltaj; D, D, ve aVF de negatif T dalgaları mevcuttu. Ekokardiyografide, 500-1000 ml perikardiyal effüzyon tespit edildi. Yatışının 15 inci gününde, günde 5-6 kez olan müközlü diyare vardı. Bu nedenle, yapılan rektoskopide, rektumda 15 inci santimetreye kadar mukozaya kanayan küçük patchy ülserlerle kaplı ve yaygın bir şekilde ödemli idi. Alınan biyopsi, non-spesifik ülser olarak rapor edildi. Amiloid ve amip negatif idi. Yatışının 26 ıncı günü hasta öldü. Parsiyel otopsi yapıldı. Otopside: 1) Her bir plevral boşlukta 4 litre opak sarı sıvı, 2) Akciğerlerde multipl enfarktler, venalarda taze trombuslar, 3) Perikard boşluğunda 400 ml kanlı sıvı, 4) Kalb 650 gm, her 2 atriyum ön yüzünü kaplayan 12x6 cm boyutlarında pembe-kahverengimsi sert kitle ve triküspit kapağından sağ ventriküle uzanan trombus mevcuttu. Mikroskopik muayenede, epikardiyal yağ dokusunda geniş nekrozis ve hemorajik alanlar ve fu/iform hücrelerden oluşan tümöral nodüller, muayyen alanlarda miyokard dokusu içine yayılan, damarları komprese eden tümör ve endokardiyuma yapışmış taze trombus görüldü (Şekil 1,2). Primer perikardiyal mezotelioma tanısı, epikardiyumdan miyokardiyuma infiltrasyon ve sağ atriyum ile sağ ventrikülde trombus görülmesinden sonra kondu.

TARTIŞMA

Primer perikardiyal mezotelioma, primer perikard tümörlerinin yaklaşık yarısını oluşturur ve malignitesi yüksektir(3). Vakaların %75 inde, tanı otopsi ile konulur(4). Vakamızda da tanı otopside konulabilmiştir. Perikardiyal mezoteliomada, tanının hastalığın erken döneminde konulması ile komplet cerrahi rezeksiyon ve uzun süre yaşama şansı vardır(1-3).

Primer perikardiyal mezotelioma, hemen her yaşta görülür. Ancak, 30-50 yaşlarında ve erkeklerde 3 misli daha siktir(4). Hastalığın ilk semptomları, genellikle bu hastalığı karakterize etmez ve çoğu zaman, hastamızda olduğu gibi yanlış tanıya neden olur. Elektrokardiyografi perikardiyal effüzyona ait

bulguları taşır. Akciğer filminde bilateral massiv plevral effüzyon, irregüler kenarlı, acaip şekilli ve büyük bir kalp gölgesi ve pulmoner venöz hipertansiyon bulguları mevcuttur. Perikard sıvısı muayenesi, tanı için yeterli bilgi vermez. Perikardiyosentez sonrası çekilen akciğer filminde, bazen tümörü gösteren kalp kenar düzensizlikleri görülebilir. Perikard sıvısının süratle yeniden toplanması uyarıcı olmalıdır(4). Perikard biyopsisi ile tanı şansı doğabilir(4). Intraperikardiyal hava çalışması, tümör kitlesini ve yerini belirlemede faydalı olabilir(1). Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi önemli ip uçları verebilir. Anjiyokardiyografide, vena kava superior ve sağ atriyumda trombüse ait dolma defektleri görülebilir(5), kalp boşluklarının ve büyük damarların yer değiştirdiği veya kompresyona uğradığı görülür(6). Vakamızda otopside, triküspit kapağından sağ ventriküle uzanan trombus, her 2 atriyum ön yüzünü kaplayan tümöral kitle saptanmıştır.

Tanısı konulamayan perikardiyal effüzyon vakalarında, eksploratris torakotomi mutlaka gereklidir. Tekrarlayan perikardiyal effüzyon, sebebi bilinmeyen kalp yetmezliği, akciğer filminde irregüler kenarlı, acaip şekilli kalp gölgesi ve açıklanmayan göğüs ağrısı perikardiyal mezoteliomada tanıya götüren en önemli klinik bulgulardır. Mezoteliomanın mikroskopik olarak başlıca 3 tipi vardır: 1) Epitelial peritonumdan kaynaklananlar, 2) Fibröz plevradan kaynaklananlar ve 3) Miks tip. Perikardiyal mezotelioma en sık miks tiptir(7).

Perikardiyal mezoteliomanın, plevral ve peritoneal mezoteliomanın aksine, asbestozis ile herhangi bir ilişkisi yoktur(4).

Tedavi, tümörün tamamen çıkarılması ve radyoterapiden ibarettir. Miyokard yapışıklıkları nedeniyle her vakada komplet rezeksiyon başarısızdır(1). Komplet rezeksiyon yapılamayan vakalarda, ömür 9 aydan kısadır. Vakaların %'60'ı semptomların görülmesinden sonra 6 ay içinde ölür(3).

Sonuç; perikardiyal mezoteliomada prognoz, erken tanı ile ilgilidir. Erken tanı için hastalıktan şüphe edilmesi, perikardiyosentez ve biyopsi, intra-perikardiyal hava çalışması ve en önemlisi torakotomi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Dooley BN, Beckaann C, and Hood RH: Primary mesothelioma of the pericardium. Succesful surgical removal. J Thorac Cardiovasc Surg 55: 719-724, 1968.
2. Juvara I, Dragomirescu C, Tomescu O, Velican D: Case reports: mesothelioma of the pericardium. J Cardiovasc Surg 11: 239-245, 1970.
3. Yilling FP, Schlant RC, Hertzler GL, Krzyaniak R: Pericardial mesothelioma. Chest 81: 520-525, 1982.
4. Sytman AL, and MacAlpin RN: Primary pericardial mesothelioma: Report of two cases and review of the literature. Am. Heart J 81: 760-769, 1971.
5. Steinberg I: Angiography in mesothelioma of the pericardium. Am J Roentgenology 114: 817-827, 1972.
6. Steinberg I: Angiocardiography in the differential diagnosis of pericardial and mediastinal tumors. Am J Roentgenol 84: 409-423, 1960.
7. Dawe CJ, Wood DA, Mitchell S: Diffus fibrous mesothelioma of the pericardium. Cancer 6: 794-808, 1953.