

Bazal Hücreli Karsinomun Sağ Ventriküle Metastazı

Zuhal TORLAK^{a1}, Murat UĞURLUCAN², Burçe GÖKTAŞ¹, Adem UÇAR³, Ömer Ali SAYIN¹, Onur GÖKSEL¹, Emin TİRELİ¹, Enver DAYIOĞLU¹

¹*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Düzce, Türkiye*

³*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

ÖZET

Kalpte, metastatik tümörler primer tümörlere göre oldukça sık görülmektedir. Bunların çoğunu karsinomlar oluşturur. Otopsi raporları göstermektedir ki, kalbin sekonder tümörleri primer tümörlere oranla 20-40 kat daha sık karşımıza çıkmaktadır. Herhangi bir tedavi görmüş olsun yada olmasın bilinen karsinoma olan bir olgunun klinik seyrinde kardiyomegali ve kalp yetmezliği semptomlarının ortaya çıkması durumu kardiyak metastazı akla getirmelidir. Bu makalede, sağ alt ekstremitede, Marjolin ülser zemininde gelişen bazal hücreli karsinom nedeni ile 2006 yılında opere olan hastada operasyondan 6 ay sonra kalp yetmezliği gelişmesi üzerine, yapılan transtorasik ekokardiografide sağ ventriküle ön planda metastaz düşündürülen kitle bulgusu olan hasta tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Karsinom, Kardiyak tümör, Metastaz.

ABSTRACT

Metastasis of Basal Cell Carcinoma to The Right Ventricle

Metastatic tumors of the heart are more frequent when compared with the primary tumors. Among them the most common are the carcinomas. Autopsy series demonstrate secondary cardiac tumors to be 20 to 40 times more frequent than the primary masses. When a patient with a known carcinoma, being either treated or not treated, presents with the symptoms of heart failure and cardiomegaly during the course of the disease, cardiac metastasis of the tumour should be considered in the first order. In this article, we present a patient who presented with the symptoms of heart failure and found to have most probably metastasis to the right ventricle by transthoracic echocardiography. The patient had undergone surgical treatment in 2006 for basal cell carcinoma that developed on marjolin ulcer basis on the right leg.

Key words: Carcinoma, Cardiac tumor, Metastasis.

Kanser nedeniyle kaybedilen hastaların %10-20'sinde kardiyak metastaz saptanmaktadır. Tümör hücrelerinin kalbe ulaşmasında en yaygın mekanizma koroner arterler yoluyla hemotojen yayılımdır. Metastatik kalp tümörlerinin klinik bulguları, çoğunlukla tıbbi tedaviye cevap vermeyen konjestif kalp yetmezliği ve aritmiler olmaktadır. Metastatik kalp tümörlerinde tedavi lezyonunun yerine ve tümörün tipine bağlı olmasına rağmen cerrahi tedavinin yeri halen sınırlıdır (1, 2).

Bu yazıda, 2006 yılında sağ alt ekstremitede marjolin ülser zemininde gelişen bazal hücreli karsinom nedeni ile opere olan ve operasyondan 6 ay sonra nefes darlığı, çabuk yorulma, bacaklarda şişlik şikayetleri ile başvuran, ileri tetkiklerinde sağ ventriküle metastaz saptanan olgu anlatılacaktır.

OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşında erkek hasta, 2006 yılında sağ alt ekstremitede, Marjolin ülser zemininde gelişen bazal hücreli karsinom nedeniyle, Plastik ve Rekonstrüktif

Cerrahi kliniğinde opere edilmişti. Operasyondan 6 ay sonra başlayan nefes darlığı, çabuk yorulma ve bacaklarda şişlik şikayeti ile hasta kardiyoloji polikliniğini başvurdu. Fizik muayenede, her iki akciğerde yaygın, ince raller mevcuttu. Kardiyovasküler sistem muayenesi sinüzal taşikardi (110/dk) dışında, normaldi. Her iki alt ekstremitede 3+ pretibial ödem mevcuttu. EKG sinüzal taşikardiyi doğruluyordu. Akciğer grafisinde, kardiyotorasik indeks kardiyak lehte artmıştı. Ekokardiyografide sağ kalp boşluklarında genişleme, sağ ventriküle apekten başlayıp triküspid ve pulmoner kapağa kadar uzanan, 3.2x6.5 cm boyutlarında yoğun içerikli, ön planda metastaz düşündürülen kitle mevcuttu. Sol ventrikül relaksasyonunda azalma, hafif-orta pulmoner hipertansiyon (Pulmoner arter basıncı: 41mmHg) saptandı. Kapakların yapı ve hareketleri normaldi, EF: %57 bulundu. İleri inceleme maksadıyla hastaya kardiyak magnetik rezonans inceleme yapıldı ve incelemede solid, dens, homojen olmayan, düzensiz yüzeyle, sağ kalp boşluklarına protrude, invaziv kitle saptandı (Resim 1, 2, 3). Tüm vücut taramalarında

^a Yazışma Adresi: Dr. Zuhal TORLAK, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
e-mail: ztorlak@gmail.com

tümöre yönelik ekstrakardiyak patolojik bulgu gözlenmedi. Ek tetkik amacıyla kardiyak kateterizasyon yapıldı. Koroner arterler normal yapıdaydı, pulmoner arter basıncı 55 mmHg bulundu.

Hastanın solunum sıkıntısı olması ve yapılan tetkiklerde pulmoner arter basıncının yüksek olması üzerine, pulmoner emboli açısından hastaya toraks bilgisayar tomografisi ve ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi çekildi. Pulmoner emboli açısından herhangi bir bulgu tespit edilemedi. Tümörü histopatolojik olarak değerlendirmek amacıyla, biyopsi materyali alındı ve incelemede tümör hücrelerinin epidermisin bazal tabakasında bulunan hücrelere benzediği, hiperkromatik çe-

kirdekli, bazofilik küçük hücreler ve bu hücrelerin oluşturduğu adacıkların çevresinde fibroblast ve lenfosit içeren, miksoid özellikte stroma saptandı. Bulgular, hastanın bacağındaki lezyonla benzer özellikler taşı-maktaydı. Bu sebeple sağ ventriküldeki kitlenin primer kardiyak tümörden çok, Marjolin ülseri zemininde gelişen bazal hücreli karsinomun uzak organ metastazı olduğu düşünüldü. Tümörün sağ ventrikülden çıkarılması mümkün görünmemekteydi. Pulmoner arter basıncının yüksek olması nedeniyle de herhangi palyatif bir girişim için uygun olmadığına karar verildi. Uygun tedavisi düzenlenen hasta medikal onkoloji anabilim dalına sevk edildi.



Resim 1, 2, 3. Kardiyak magnetik rezonans incelemesinde solid, dens, homojen olmayan, düzensiz yüzeyli sağ kalp boşluklarına protrude, invaziv kitle görülmektedir.

TARTIŞMA

Kalbin metastatik tümörleri primer tümörlere göre oldukça sık görülürler. Bunların çoğu karsinomlardır. Otopsi raporlarına göre sekonder tümörlere, primer olanlardan 20-40 kez daha sık rastlanmaktadır (1). Bugüne dek tüm organlardaki herhangi bir tümörün kalbe yayılım gösterebildiği bildirilmiştir. Tümör hücrelerinin kalbe ulaştığı en yaygın mekanizma koroner arterler yoluyla hemotojen yayılımdır. Karsinomlu bir olgunun klinik seyrinde kardiyomegali ve kalp yetmezliği semptomlarının ortaya çıkması durumunda kardiyak metastaz akla gelmelidir (2). Hastamızın deri kanseri nedeniyle opere olduktan 6 ay sonra kardiyak semptomlar ile kardiyoloji kliniğine başvurması ve incelemelerindeki bulgular öncelikli olarak sağ ventriküldeki kitlenin metastaz olabileceğini düşündürmüştür.

Kardiyak tümörlerin tanısında ilk uygulanacak yöntem transtorasik ekokardiyografi'dir. Ekokardiyografi kitlenin varlığı hakkında bilgi verir ve kitlenin boyutları, çıkış noktası ve yerleşim alanı ile ilgili kapsamlı veri elde etmemize olanak sağlar (3-5) Tümörün gerek kardiyak invazyonunu gerekse de uzak metastazlarını saptayabileceğimiz yöntem ise magnetik rezonans incelemesidir (6). Hastamızda tüm bu tetkiklerden yararlanılmış tedaviye yaklaşım incelemeler sonucuna göre belirlenmiştir.

Karsinomların histolojik sınıflaması tümörün normal dokuya veya embriyolojik eşdeğerine benzerliğine dayanılarak yapılır ve benzerliğin derecesine göre diferansiyasyondan bahsedilir. Derinin bazal hücreli karsinomları, sık görülen, yavaş büyüyen ve nadir metastaz yapan tümörlerdir. Bizim vakamızda sağ alt ekstremitede de bazal hücreli karsinom, sağ ventrikül içine metastaz yapmıştır ve kesin tanısı için histopatolojik yöntemlerden yararlanılmıştır.

Metastatik kalp tümörlerinde tedavi lezyonun yeri, tümör tipine bağlıdır ve cerrahi tedavinin yeri maalesef çoğu olguda sınırlı olmaktadır. Semptomların azaltılması için uygun vakalarda obstrüksiyonu ortadan kaldıran parsiyel veya komplet rezeksiyonlar, uygun pulmoner arter basınçlı vakalarda sağ kalp bypassları yaşam kalitesini artırabildiği gibi gerek kemoterapi, gerek cerrahi rezeksiyon ve hatta transplantasyon yalnızca palyatif tedavi sağlamaktadırlar (7). Vakamızda kitlenin sağ ventrikül duvar içine ileri derecede invazyon göstermesi, bizi tümörün cerrahi rezeksiyonundan uzaklaştırmıştır ve hasta uygun tedavi için onkoloji anabilim dalına sevk edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Roberts WC: Primary and secondary neoplasms of heart. Am J Cardiol 1997; 80: 671-682.
2. Shapiro LM. Cardiac tumors: diagnosis and management. Heart 2001; 85: 218-222.
3. Feigenbaum H. Echocardiography, Philadelphia: Lea & Febiger, 1994; 589-620.
4. Ports TA, Schiller NB, Strunk BL. Echocardiography of right ventricular tumors. Circulation 1977; 56: 439.
5. Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. J Am Soc Echocardiogr 2006; 19: 230-240.
6. Pettigrew RI. Cardiovascular imaging techniques. In: Stark DD, Bradley WB, eds. Magnetic resonance imaging. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992; 1605-1651.
7. Van Tright P III, Sabiston DC Jr. Tumors of the heart. In: Sabiston DC Jr, Spencer FC, eds. Surgery of the Chest. Philadelphia: Saunders, 1995: 2069-2088.

Gönderilme Tarihi: 22.04.2011