

Aort Kapak Cerrahisi Sırasında Timoma Saptanan Bir Olguda Kombine Cerrahi Yaklaşım

Incidental Detection of A Tymoma During Aortic Valve Surgery: A Combined Approach
Kalp ve Damar Cerrahisi

Başvuru: 03.11.2014
Kabul: 15.01.2015
Yayın: 13.03.2015

Uğur Kaya¹, Abdurrahim Çolak¹, Yahya Ünlü¹, Ziya Şimşek¹, Münacettin Ceviz¹

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Timomalar, epitel hücreleri ve lenfositler ile karakterize ön mediasten neoplazmları olarak tanımlanır. Genellikle, kapsüllü ve iyi diferansiye tümörler olmalarına karşın, lokal yayılım, plevral yayılım ve toraks dışı metastazlar da görülebilmektedir. Bu yazıda, nefes darlığı ve hipertansiyon yakınması ile başvuran, ön mediastende dev timoma ve aort yetmezliği olan ve timektomi ve aort kapak replasman cerrahisi tedavisi uygulanan nadir bir olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: *Timoma, Aort valv replasmanı, Sternotomi*

Abstract

Thymomas are defined as anterior mediastinal neoplasms, characterized by epithelial cells and lymphocytes. Although they are often encapsulated and well differentiated tumors, they can show lokal invasion, pleural invasion or extrathoracic metastasis. In this article, we report a rare case who was admitted with the complaint of dyspnea and hypertension with a giant thymoma in the anterior mediastine and aortic regurgitation and underwent thymectomy and aortic valve replacement surgery.

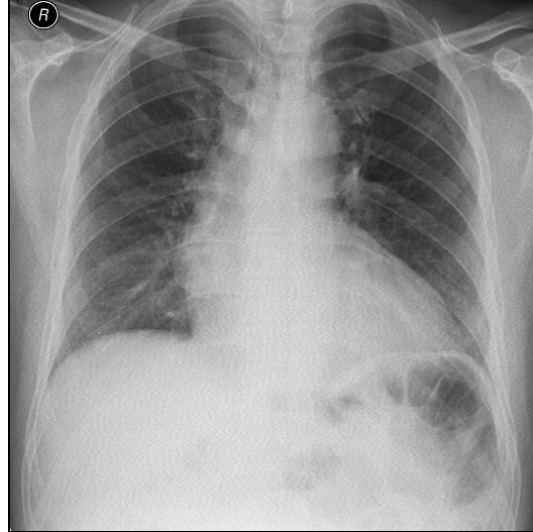
Keywords: *Thymoma, Aortic Valv Replacement, Sternotomy*

Giriş

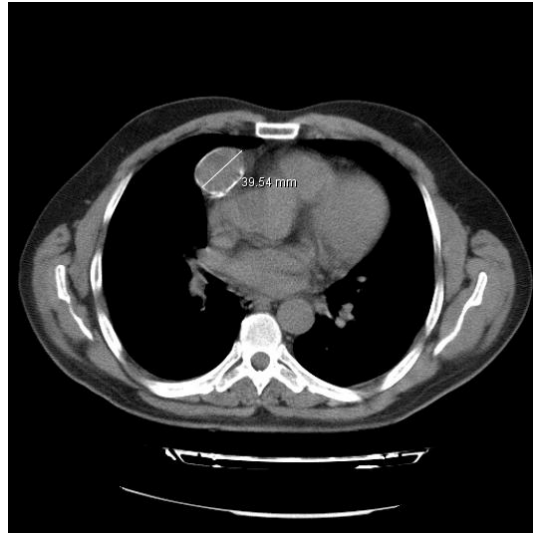
Mediastinal tümörler değişik histopatolojik çeşitliliğe sahip olup, değişik anatomik organ ve yapılardan köken alabilirler. Mediastinal tümörler her yaşta görülebilir. Genellikle, benign karakterlidir. Yaklaşık %20-40'ında malign karakter görülmektedir¹. Timomalar genellikle kapsüllü, iyi diferansiye tümörler olmalarına karşın lokal invazyon, plevral yayılım ve ekstratorasik metastazları da görülebilmektedir². Mediastinal kitlelerin tedavisinde cerrahi yöntemler ön plandadır. Tümör veya kistin kesin histolojik tanısını ameliyattan önce koymak genellikle mümkün olmaz. Yerleşim yerine göre cerrahi girişim uygulanır. Böylece hem kesin tanı konulur, hem de rezeksiyon yapılır. Yazımızda, aort kapak replasmanı planlanırken mediastinal kitle saptanan hastaya uygulanan kombine cerrahi yaklaşımı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli yaşında erkek hastaya 16 yaşında akut romatizmal ateş tanısı ile medikal tedavi uygulanmış. Hipertansiyon ve nefes darlığı şikâyeti ile başvurduğu kardiyoloji kliniğinde yapılan ekokardiyografide ve kateter anjiyografide ileri aort yetmezliği tesbit edilen hasta aort kapak replasmanı amacı ile kliniğimize yatırıldı. Kliniğimizde çekilen PA (posterioranterior) akciğer grafisinde mediastinal genişleme görülmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de bir kitle görüldü. Kitle sağ parakardiyak alanda periferik kalsifikasyon gösteren 39x31 mm boyutlu, düzgün sınırlı, yuvarlak semisolid dansitede lezyon olarak raporlandı (Şekil 1,2).

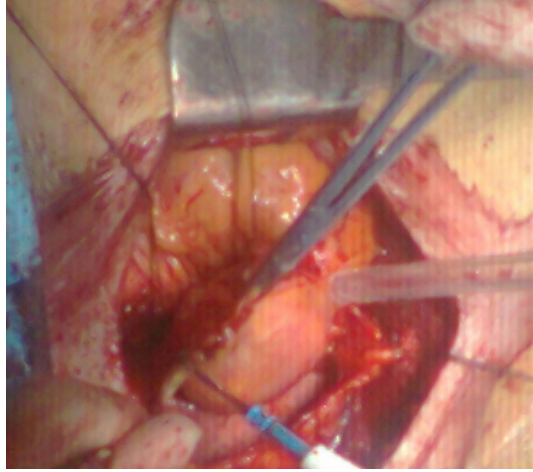


Şekil 1 : Kistin teleryadyografik görüntüsü

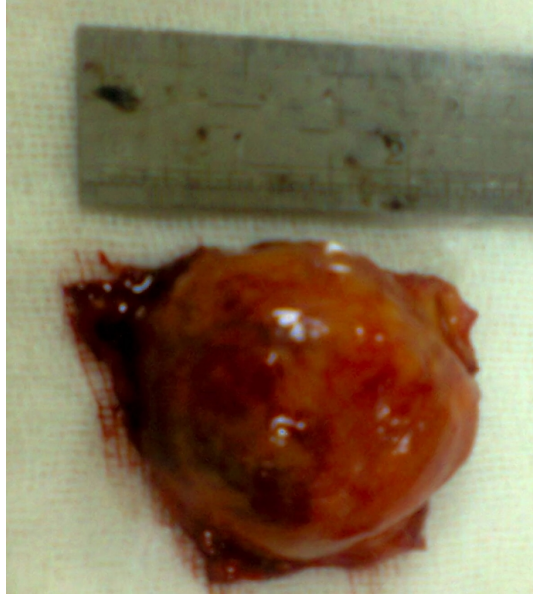


Şekil 2 : Kistin CT görüntüsü

Hastanın öyküsünde diğer sistemler ile ilgili herhangi bir yakınma saptanmadı. Ameliyat öncesi rutin yapılan biyokimyasal ve hematolojik parametreler normal sınırlardaydı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Sternumun 5. İnterkostal aralık ' sağa J insizyonu ile mini sternotomi yapıldı. Perikard açıldıktan sonra sağ pleural boşluk açılarak sağ pleural boşluğa doğru büyüme gösteren perikarda yapışık yaklaşık 4x4 cm boyutlarında çevre dokuya invazyon göstermeyen sert, solid kitle tesbit edildi (Şekil 3). Kitle çevre mediastinal yağ dokusu ile birlikte total olarak çıkarıldı (Şekil 4).



Şekil 3 : Kistin peroperatif görünümü



Şekil 4 : Kistin Çıkarıldıktan sonraki görüntüsü

Aorta, sağ atrial kanulasyon yapılarak kardiyopulmoner bypass sağlandı. Mekanik aort kapak replasmanı yapılarak sorunsuz olarak pompadan çıkarıldı. Postoperatif 2. günde servise çıkarılan hastanın PA Akciğer grafisinde sağ parakardiyak bölgedeki kitle imajının kaybolduğu görüldü (Şekil 5).



Şekil 5 : Postoperatif teleradyografik görüntü

Hastamız postoperatif 11. günde şifa ile taburcu edildi. Bir aylık kontrolünde sorunsuz idi. Çıkarılan kitlenin histopatolojik tanısı timoma (tip B) olarak geldi.

Tartışma ve Sonuç

Timik kistler, timus dokusunun benign lezyonlarıdır ve timofarengeal kanalın embriyonel kalıntılarından gelişir. Hassal korpüsküllerinde meydana gelen dejeneratif değişiklikler bu kistlerin oluşumuna yol açabilir³. Konjenital veya edinsel olarak gelişebilir⁴. Edinsel timik kistlerin gelişiminde travma, inflamatuvar hastalıklar, geçirilmiş cerrahi girişimler ve radyasyon gibi faktörlerin rol oynadığı bildirilmektedir^{4,5}. Bizim hastamızın etiolojisinde rol oynayabilecek patoloji saptanmadı ve hastamızın timik kistinin konjenital olduğu düşünüldü.

Timik kistler, boyun ve diyafragma arasında herhangi bir bölgede gelişebilir⁶. Kırkaltı olguluk bir seride, timik kistin 30 hastada ön mediastende yerleştiği, dokuz olguda serviko-mediastinal, yedi olguda ise servikal lokalizasyona sahip olduğu bildirilmiştir³. Bizim hastamızda lezyon ön mediastende görüldü.

Cerrahi girişim ile kistin çıkartılması timik kistlerin tedavisinde en seçkin yöntemdir^{3,7,8}. Torakotomi ve sternotomi en yaygın kullanılan cerrahi yaklaşımdır^{3,8}. Son yıllarda, video yardımcı toraks cerrahisi (video-assisted thoracic surgery (VATS)) tekniği ile kist eksizyonu yapılmaktadır. Bizim hastamızda lezyon ön mediastende idi ve cerrahi yaklaşımımız üst parsiyel median sternotomi olmuştur.

Prognostik değeri kabul edilen klasifikasyonlar operasyonda saptanan tümörün invazyon derecesini temel alır⁹. Tümörün malign potansiyelini cerrah operasyon sırasında patoloğa göre daha iyi değerlendirme imkanı bulur. Ancak klinik evrelendirme histolojik araştırmalar ile desteklenmelidir ve özellikle mikroskopik kapsüler invazyon gözden kaçırılmamalıdır¹⁰. Bazen benign bir neoplazmin önemsiz bir yapışıklığı ile gerçek invazyon arasındaki farkı ayırt etmek oldukça zordur. Bundan dolayı plevra ve perikardiyumu içeren geniş bir marjin ile kitle eksizyonu yapılması tavsiye edilir¹¹. Tümörün çevre dokulara uzanmasının ve cerrahi rezeksiyonunun genişletilmesinin hasta dokuların tamamının ortadan kaldırılması şartıyla sağkalıma olumsuz bir etkisi olmaz. Pekçok araştırmacı sağkalımı belirleyen en önemli prognostik indikatörün cerrahinin kalitesi olduğunu ileri sürmüştür¹².

Sonuç olarak, timik kistler mediasteninin nadir görülen lezyonlarıdır. Asemptomatik olduklarında ileri yaşlara kadar gözden kaçabilir ve tesadüfen saptanabilirler. Bu nedenle özellikle median sternotomi ile yaklaşımın düşünüldüğü olgularda ön bilgi edinmek adına rutin akciğer grafisi çekilmesi ve daha dikkatli değerlendirilmesi önerilir. Cerrahi eksizyon hem kesin tanı, hem de tedavi imkanı sağlar. Rekürrens ve malignite potansiyeli taşınması nedeniyle timik kistlerde tercih edilen tedavi yaklaşımı total eksizyondur. Literatürde elektif şartlarda planlanan aort kapak cerrahisi ile kombine timektomi uygulamalarına rastlanmamaktadır. Aort valv replasmanı için yapılan sternotomide timik kistlerle karşılaşıldığında, kitle eksizyonunun sağkalım açısından yararlı olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Cohen DJ, et al. Management of patients with malignant thymoma. J Thorac Cardio Sur. 1984;87:301-7.
2. Wilkins EW Jr, Edmunds LH Jr, Castleman B. Cases of thymoma at the Massachusetts General Hospital. J Thorac Cardio Sur. 1966;52:322-30.
3. Fazlıoğulları O, et al. Cardiac tamponade from a giant thymoma: case report. J Thorac Cardio Sur. 2012;7:14.
4. Maggi G, et al. Thymoma: results of 241 operated cases. Ann Thorac Surg. 1991;51:152-6.
5. Shamji F, et al. Results of surgical treatment for thymoma. J Thorac Cardio Sur. 1984;87:43-7.
6. de Bucourt M, et al. Observation and extirpation of a giant-size type-B2 thymoma IIb with its histological, macroscopic, and computer tomogram correlate, and literature review. Rare Tumors 2010;2:e30.
7. Ohmi M, Ohuchi M. Recurrent thymoma in patients with myasthenia gravis. Ann Thorac Surg. 1990;50:243-7.
8. Nakahara K, Ohno K, Hashimoto J et al. Thymoma: results with complete resection and adjuvant postoperative irradiation in 141 consecutive patients. J Thorac Cardio Sur. 1988;95:1041-7.
9. Bernatz PE, Khonsari S, Harrison EG Jr, Taylor WF. Thymoma: factors influencing prognosis. Surg Clin N Am. 1973;53:885-92.
10. Liman T, Taştepe İ, Demircan S, Topçu S, Çetin G, Kuzucu A ve ark. Timomalarda tedavi ve prognoz. Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi. 2000;10:793-796.
11. Erdoğan MB, Korkmaz, Ogutman CC, Uçok R, Kısacıkoglu B. Incidental detection of a thymoma during emergency coronary artery surgery: a combined approach. Turk Gogus Kalp Dama 2007;15:244-245.
12. Abdullah F, Loon LG. An incidental finding of thymic carcinoid during urgent CABG operation. Heart Surg Forum 2002;5:E35-36.