

OLGU

Nurcan Başar¹
İbrahim Akpınar¹
Osman Turak¹
Kumral Çağlı¹
Ayşenur Ekizler¹
Muhammed Cebeci¹
Adnan Yalçınkaya²
Bahadır Celep³
Sarper Ökten⁴

¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

²Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Ankara

³Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

⁴Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü, Ankara

İletişim Adresi:

Dr. Nurcan Başar

Adres: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

E-mail: nurcanbasar@gmail.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Triküspid Kapak Yetmezliğinin Nadir Bir Nedeni; Karsinoid Sendrom

ÖZET

Karsinoid sendrom, karsinoid tümörlerin karaciğer metastazı sonrası gelişir ve karsinoid sendrom triküspit kapak yetmezliğinin oldukça nadir nedenleri arasındadır. Bu yazıda sağ kalp yetmezliği bulguları ile başvurmuş, karsinoid sendroma bağlı triküspit kapak yetmezlikli bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Karsinoid Sendrom, Nöroendokrin Tümör, Triküspit Yetmezliği

A Rare of Cause Tricuspid Regurgitation: Carcinoid Syndrome

ABSTRACT

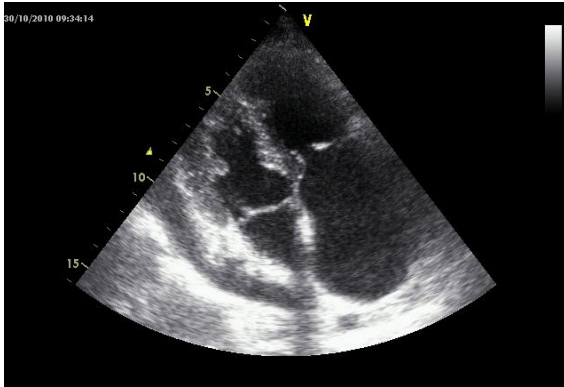
Carcinoid syndrome develops after it metastasis to liver and it is a very rare cause of tricuspid regurgitation. Here, we report a case of tricuspid regurgitation due to carcinoid syndrome who was admitted with the symptoms of right heart failure.

Key words: Carcinoid Syndrome, Neuroendocrine Tumors, Tricuspid Regurgitation

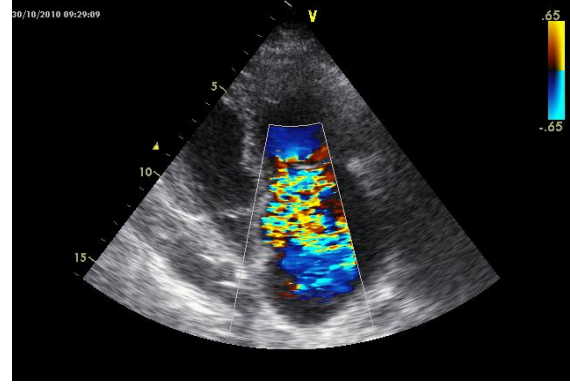
OLGU SUNUMU

78 yaşında erkek hasta 2006 yılında, diyare şikayetiyle gastroenteroloji kliniğine başvurmuş, kolonoskopi yapılan hastanın ileumunda kitle tespit edilmiş ve biyopsi alınmış. Biyopsi sonucu nöroendokrin tümörle uyumlu olarak tespit edilmiş ve hasta 2006 nöroendokrin tümör nedeniyle opere edilmiş. Haziran 2010 yılında yapılan abdominal ultrasonografisinde karaciğerde multiple solid lezyonlar izlenen hastada lezyonlar metastaz olarak kabul edilerek iki kez kemoembolizasyon uygulanmış. Ayrıca hastanın yaklaşık 1 aydır olan flushing ve diyare semptomları için hastanın tedavisine uzun etkili somatostatin analogu eklenmiş.

Hasta kliniğimize Kasım 2010 yılında yaklaşık 2 aydır olan, karın ve bacaklarda şişlik, nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde; kan basıncı 130/70 mmHg, nabız 78 atım/dk, sol sternal kenarda 4/6 sistolik üfürüm tespit edildi. Hastanın açlık kan şekeri 74, kreatinin 1.6 mg/dL Hemoglobin 13,5 g/dL, AST 37 U/L, ALT, 15 U/L, GGT 87 U/L, ALP 133 U/L idi. Hastanın her iki alt ekstremitede ciddi pretibial ödemi ve asiti mevcuttu. Elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi izlendi. Sağ kalp yetmezliği ön tanısı ile hastaya ekokardiyografi (EKO) işlemi planlandı. Hastanın EKO'sunda sağ kalp boşlukları dilate, ciddi triküspit yetmezliği izlendi, triküspit kapağın tüm leafletlerinin kalınlaştığı, özellikle septal leafletin hareketinin kısıtlı olduğu, triküspit kapağın koapte olmadığı tespit edildi (Şekil 1,2). Triküspid kapakta transvalvüler gradient izlenmedi. Sağ ventrikül sistolik fonksiyonu [TAPSE (Triküspid annuler düzlem sistolik hareketi): 21 mm] iyi olarak bulundu. Pulmoner kapak yapısı normal olarak izlendi ve hafif derecede pulmoner yetmezlik mevcuttu. Aort kapak yapısında hafif düzeyde senil dejeneratif değişiklikler izlenirken, mitral kapak normal olarak değerlendirildi. Hastanın sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu normaldi ve orta düzeyde perikardiyal sıvı tespit edildi.



Şekil 1. Apikal 4 boşluk görüntüde, triküspit kapağın posterior leafletinin sistolik hareketi kısıtlı ve anterior leafletin kalınlaştığı izleniyor.



Şekil 2. Apikal 4 boşluk görüntüde, ciddi triküspit yetmezlik akımı izleniyor.

Hastaya oral furosemid 40 mg/g başlandı, hastanın semptomlarının gerilediği görüldü. Hasta gastroenteroloji cerrahisi bölümü ile konsülte edildi ve trifazik abdominal bilgisayarlı tomografi tetkiki yapıldı. Karaciğer her iki lobda multiple sayıda, en büyüğü 44x34 mm boyutlarında metastazla uyumlu kitle lezyonları ve pankreas dokusu ile sınırları net ayırt edilemeyen superior mezenterik arter ve superior mezenterik veni çepeçevre sarıp invaze ettiği düşünülen 32x20 mm boyutlu kitle lezyonu izlendi. Komorbid hastalıklar ve tümoral kitlenin yaygınlığı nedeniyle hastanın medikal takibi uygun görüldü.

TARTIŞMA

Karsinoid tümörler; enterokromaffin ve argentaffin hücreler gibi nöroendokrin hücrelerden köken alır ve sıklıkla akciğer, bronşlar ve gastrointestinal sistemden kaynaklanmakla birlikte birçok organdan kaynaklanabilir. Karsinoid tümörler karaciğere metastaz yaparak karsinoid sendroma (flushing, wheezing, sekretuar ishal, kalp tutulumu) neden olurlar. Tümörden salgılanan vazoaktif aminler karaciğer ve akciğerde detoksifiye edilir karaciğere metastaz durumunda salgılanan maddeler inaktive edilemez. Karsinoid tümörler kalsikrein, histamin, prostaglandin, ACTH, gastrin, kalsitonin ve growth hormon gibi çok sayıda madde salgıyıcılar (1). Fakat serotoninin karsinoid kalp hastalığında rol oynayan en etkili madde olarak kabul edilir (2). Kardiyak tutulumu olan karsinoid sendromlu hastalarda serumda daha yüksek seviyede serotonin ve idrarda daha yüksek 5-HİAA düzeyleri tespit edilmiştir (3–5). Karsinoid tümöre sahip hastaların %20-30'unda karsinoid sendrom gelişir ve karsinoid sendromlu hastaların yaklaşık %50–60'ında ise karsinoid kalp hastalığı gelişir (6). Sıklıkla triküspit ve pulmoner kapaklar tutulur, triküspit kapakta darlık yetmezliğe göre daha az oranda oluşur. Karsinoid plakların kapaklara invazyonu, kapaklarda kontraksiyon ile sonuçlanır. Plakların histolojik incelemesinde mukopolisakkariden zengin, kollajen ve mikrofibrillerde içeren bazal membran benzeri bir oluşumla birlikte düz kas hücreleri ve fibroblastlar gözlenir. Karsinoid sendromda tedavi açısından en zorluk çekilen durum kardiyak tutulumun

olmasıdır. Endokardiyal fibrozisi önleyebilecek etkin bir tedavi yoktur. Klinik ve ekokardiyografik takip ile karsinoid kalp hastalığının progresyonu belirlenmeli ve uygun vakalarda kapak replasmanı yapılmalıdır. Karsinoid sendromlu hastalarda biyoprotez kapakların fibroz dejenerasyona uğradığı bildirilmiştir (7–9). Kapak replasmanı planlanan karsinoid sendromlu hastalarda mekanik protez kapak tercih edilmelidir. Bizim olgumuzda kardiyak semptomlar medikal tedavi ile gerilemiştir. Ayrıca komorbid hastalıkları nedeniyle

kardiyak cerrahi ve tümöre yönelik cerrahi girişim yüksek riskli bulunmuştur. Sonuç olarak, triküspid yetmezliğinin oldukça nadir nedenlerinden olan karsinoid sendromda kardiyak tutulum başlıca mortalite nedenidir. Özellikle, triküspit ve/veya pulmoner kapağın yetmezlik ve/veya darlıklarında karsinoid sendrom akla gelmeli ve karsinoid sendrom bulgularına dair detaylı öykü alınmalıdır. Kalp yetmezliği semptomları olan hastalarda medikal tedavi seçenekleri sınırlı iken uygun hastalarda mekanik kapak replasmanı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Kaplan EL. The carcinoid syndromes. In: Friesen SR, Bolinger RE, eds. *Surgical Endocrinology: Clinical Syndromes*. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1978:120–47.
2. Feldman JM. Carcinoid tumors. In: Mazzaferri EL, Samaan NA, eds. *Endocrine Tumors*. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1993:700–22.
3. Lundin L, Norheim I, Landelius J, Oberg K, Thodorsson-Norheim E. Carcinoid heart disease: relationship of circulating vasoactive substances to ultrasound-detectable cardiac abnormalities. *Circulation*. 1988;77(2):264-9.
4. Himelman RB, Schiller NB. Clinical and echocardiographic comparison of patients with the carcinoid syndrome with and without carcinoid heart disease. *Am J Cardiol*. 1989; 63(5):347–52.
5. Pellikka PA, Tajik J, Khandheria BK, et al. Carcinoid heart disease: clinical and echocardiographic spectrum in 74 patients. *Circulation*. 1993; 87(4):1188–96.
6. Anderson AS, Krauss MD, Lang MR. Cardiovascular complications of malignant carcinoid disease. *Am Heart J* 1997;134(4):693–702.
7. Ohri SK, Schofield JB, Hodgson H, Oakley CM, Keogh BE. Carcinoid heart disease: early failure of an allograft valve replacement. *Ann Thorac Surg* 1994; 58(4):1161–3.
8. Ridker PM, Chertow GM, Karlson EW, Neish AS, Schoen FJ. Bioprosthetic tricuspid valve stenosis associated with extensive plaque deposition in carcinoid heart disease. *Am Heart J* 1991;121(6 Pt 1):1835–8.
9. Schoen FJ, Hausner RJ, Howell JF, Beazley HL, Titus JL. Porcine heterograft valve replacement in carcinoid heart disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 81(1):100-5.