

**Cardiac Myxoma: Fourteen-year Experience of A Tertiary Reference Center**

Kardiyak Miksoma: Tersiyer Bir Referans Merkezinin 14 Yıllık Deneyimi

**Kamil Boyacıoğlu<sup>1</sup>, Serkan Ketenciler<sup>1</sup>, İlknur Akdemir<sup>1</sup>**<sup>1</sup> İstanbul Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sayın editör,

Derginizin 2017 yılının üçüncü sayısında yayınlanan Çanga ve ark. <sup>(1)</sup> makalesini büyük bir ilgi ile okuduk. Yazarları kutluyoruz ve deneyimlerini bizlerle paylaştıkları için onlara teşekkür ederiz. Bununla beraber makale ile ilgili birkaç noktaya değinmek gerektiğine inanıyoruz.

Miksoma en sık görülen birincil iyi huylu kalp tümörüdür. Tümörün yapısı, lokalizasyonu, kitlenin büyüklüğü semptomları belirler. Miksomalar genellikle intrakardiyak tıkanma bulguları, embolizasyon, senkop veya ani ölüm (mitral kapağın tam olarak tıkanması veya koroner emboli nedeniyle), veya konstitüsyonel semptomlarla kendilerini gösterirler. Embolizasyon kardiyak miksomanın başlangıç semptomu olabilir. Embolizasyon tipik olarak düzensiz kenarlı ve jelatinöz yapısı olan, yumuşak kıvamlı, yazıda da tip 1 miksoma olarak tanımlanan papiller tip miksomada oluşur <sup>(2)</sup>. Cerrahi ile beraber embolizasyonun olması operatif morbidite ve mortaliteyi etkilemez ve uzun dönem hayatta kalım oranlarını değiştirmez <sup>(3)</sup>. Ayrıca embolizasyon daha küçük çaplı tümörlerde ve preoperatif atriyal fibrilasyon olan hastalarda oluşabilir <sup>(3-5)</sup>.

Miksoma hastalarında koroner embolizasyon çok nadir oluşur ama mutlaka akılda tutulmalıdır ve kardiyak kateterizasyon yaşa bakmaksızın göğüs ağrısı tarifleyen tüm hastalara kardiyak risk faktörü olsun veya olmasın yapılmalıdır. Bundan dolayı, bizim görüşümüze göre, koroner anjiyografiyi sadece 40 yaşından büyük göğüs ağrısı olan hastalara yapmak uygun değildir.

Cerrahi yaklaşım miksomanın bulunduğu lokalizasyona göre değişebilir. Makalede cerrahi yaklaşımlar detaylı olarak tarif edilmemiştir. Miksoma rezeksiyonu sonrası olan ritim bozukluğu insidansı cerrahi yaklaşıma göre değişebilmektedir. Her ne kadar biatriyal yaklaşım çok iyi bir cerrahi görüş alanı ortaya çıkarsa da, sol atriyal miksoma rezeksiyonu sonrası yüksek insidanslı aritmi ve ritim bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır <sup>(2)</sup>.

Makalede uzun dönem takipte 1 hastanın öldüğü belirtilmiş ama Kaplan-Meier kümülatif hayatta kalma analizi kullanılarak aktüeryal hayatta kalma oranları hesaplanmamış. Kardiyak miksomanın cerrahi rezeksiyonu sonrası 10 yıllık hayatta kalma oranı %90' nın üzerindedir <sup>(2)</sup> ve makalede yazarların kendi hasta serisinde bu analizin yapılması uygun olurdu.

**REFERANSLAR**

1. Çanga Y, Karataş MB, Çalık AN, Bezgin T, Tanık VO, Yıldız U ve ark. Kardiyak miksoma: tersiyer bir referans merkezinin 14 yıllık deneyimi. Koşuyolu Heart J 2017;20:210-216.
2. Taş S, Tunçer E, Boyacıoğlu K, Dönmez AA, Bakal RB, Kayalar N, ve ark. Cardiac myxomas: a 27-year surgical experience. Turk Gogus Kalp Dama 2014;22:526-533.
3. Boyacıoğlu K, Kalender M, Dönmez AA, Çayhan B, Tunçer MA. Outcomes following embolization in patients with cardiac myxoma. J Card Surg 2017;32:621-626.
4. Keeling IM, Oberwalder P, Anelli-Monti M, Schuchlenz H, Demel U, Til GP et al. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;22:971–977.
5. Elbardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Mullany CJ, Orszulak TA, Puga FJ et al. Embolic potential of cardiac tumors and outcome after resection: a case-control study. Stroke. 2009;40:156–162.