

Komentarz

dr hab. n. med. Ireneusz Haponiuk^{1,2}, dr n. med. Katarzyna Gierat-Haponiuk^{2,3}

¹Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej Szpitala im. św. Wojciecha w Gdańsku–Zaspie

²Katedra Fizjoterapii Wydziału Rehabilitacji i Kinezylogii Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

³Klinika Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

W pracy przedstawiono, często ostatnio poruszane, zagadnienie diagnostyki i terapii łagodnych guzów serca. Temat jest wciąż aktualny, ciekawy ze względu na możliwość wieloprofilowej analizy etiologii, obrazu klinicznego i stosowanych metod diagnostycznych oraz sposobów terapii. Dlatego łagodne guzy serca stanowią wspólny obszar zainteresowania specjalistów wielu dziedzin, nie tylko związanych z leczeniem serca.



Autorzy przedstawili przypadek pacjenta ze zdiagnozowanym śluzakiem prawego przedsionka (RA, *right atrial*), u którego podwyższone wartości interleukiny 6 (IL-6), charakterystyczne także dla śluzaka, traktowano początkowo jako zależne wyłącznie od zasadniczego problemu – twardziny układowej [1]. Pacjenta, leczonego zgodnie z zaleceniami *American Rheumatology Association* (ARA), poddano rutynowej diagnostyce kardiologicznej z powodu szmeru nad sercem i dolegliwości bólowych, niezależnych od intensywności wysiłku. W przekłatkowym badaniu echokardiograficznym zobrazowano obecność guza w RA o morfologii typowej dla śluzaka, w kontrolnej koronarografii natomiast stwierdzono istotne zwężenie przedniej gałęzi zstępującej lewej (LAD, *left anterior descending*). Pacjenta zakwalifikowano do zalecanego leczenia kardiochirurgicznego, z usunięciem guza i pomostowaniem LAD [2]. W kontrolnym badaniu histopatologicznym usuniętego guza potwierdzono utkanie typowe dla śluzaka.

Podwyższone stężenia osoczowej IL-6 mogą towarzyszyć różnym schorzeniom, co sprzyja maskowaniu objawów i utrudnia diagnozę guza serca. W przedstawionym raporcie klinicznym Autorzy zwrócili uwagę na rzadko opisywaną możliwość współistnienia chorób o podobnej manifestacji klinicznej i obrazie badań laboratoryjnych, w tym przypadku twardziny układowej i guza serca. Określenie i monitorowanie stężenia IL-6 stosuje się zarówno w leczeniu twardziny, jak i łagodnych guzów serca o typie śluzaka. Dodatkowe trudności w zdiagnozowaniu opisywanego pacjenta mogły wynikać również z mniej typowej lokalizacji śluzaka, zazwyczaj zajmującego jamę lewego przedsionka (LA, *left atrial*) z objawami dysfunkcji zastawki mitralnej (MV, *mitral valve*) [3]. Praca zawiera niezmiennie aktualne przesłanie o potrzebie wnikliwej, wieloprofilowej oceny i wykorzystania wszelkich dostępnych metod diagnostycznych, szczególnie u chorych „trudnych”, z nietypową manifestacją kliniczną lub współistnieniem klasycznych schorzeń. Należy podkreślić znaczenie dostępnych, nieinwazyjnych, możliwych do szybkiego przeprowadzenia badań obrazowych, takich jak echokardiografia, szczególnie pomocna u pacjentów z grup ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

Trwają poszukiwania markerów zapalnych wybiórczo specyficznych dla łagodnych guzów serca, które mogą znaleźć zastosowanie w diagnostyce oraz pomóc w wyjaśnieniu przyczyn i ocenie ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych ze zdiagnozowanym śluzakiem [4]. U zaprezentowanego w pracy pacjenta z pewnością zasadna jest stała, okresowa kontrola z diagnostyką obrazową serca ze względu na ryzyko nawrotu guzów określanych jako miejscowo-złośliwe, szczególnie zważywszy na koincydencję z chorobą tkanki łącznej [5]. Ciekawe dla profesjonalistów mogłoby być także zwrócenie większej uwagi na stosowanie metod usprawniania fizjoterapeutycznego i ich modyfikacji ze względu na złożony obraz kliniczny. Rehabilitacja stanowi integralny element holistycznej opieki nad pacjentami leczonymi z powodu chorób układowych i schorzeń sercowo-naczyniowych.

Pragniemy pogratulować Autorom ciekawej obserwacji klinicznej przedstawionej w formie dobrej pracy, którą z przekonaniem rekomendujemy Radzie Redakcyjnej „Folia Cardiologica”.

Piśmiennictwo

1. Peregud-Pogorzelska M., Trzcińska-Butkiewicz B., Kaźmierczak J. i wsp. Right atrial myxoma in patient with systemic sclerosis – a paraneoplastic syndrome or the coexistence of two diseases connected to increase of interleukin 6. *Folia Cardiol.* 2016; 11: 553–556.
2. Stiver K., Bittenbender P., Whitson B., Bush C.A. Left atrial myxoma causing a coronary steal: an atypical cause of angina. *Tex. Heart Ins. J.* 2015; 42: 270–272.
3. Animashaun I.B., Akinseye O.A., Akinseye L.I., Akinboboye O.O. Right atrial myxoma and syncope. *Am. J. Case Rep.* 2015; 16: 645–647.
4. Lewitowicz P., Leszczyńska U., Horecka-Lewitowicz A. i wsp. Ancient cardiac myxomas – another point of view in the light of tetraspanins. *Pol. J. Pathol.* 2016; 67: 69–77.
5. Jagielak D., Jaguszewski M., Ciećwierz D. i wsp. Rapid valve prosthesis deterioration coupled with recurrent giant myxoma in a young asymptomatic adult. *Kardiol. Pol.* 2014; 72: 208.