

Bezobjawowy pacjent w wieku 79 lat z dużą torbielą śródpiersia

79-year-old asymptomatic patient with mediastinal cyst

Karolina Misztal, Dawid Miśkowiec, Paulina Wejner-Mik, Piotr Lipiec, Jarosław D. Kasprzak

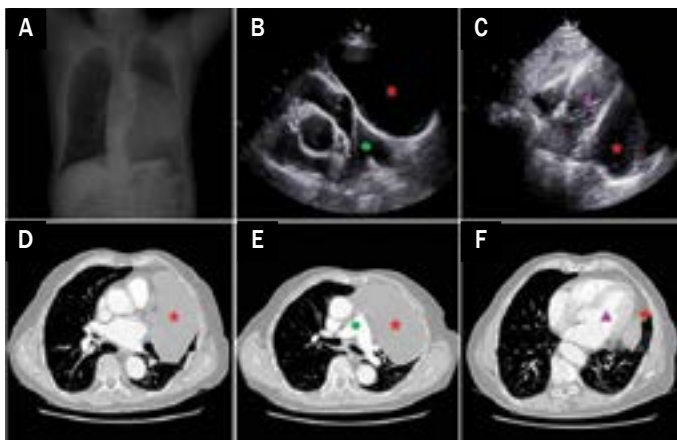
Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pacjenta w wieku 79 lat, leczącego się przewlekłe z powodu nadciśnienia tętniczego, gruczolaka prostaty oraz choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, skierowano do kliniki z podejrzeniem guza śródpiersia. W badaniu podmiotowym oceniono go jako wydolnego krążeniowo; zgłaszał sporadyczne kaszel (jednorazowe krwiopłucie), negował duszność, bóle w klatce piersiowej, stany gorączkowe czy znaczącą utratę masy ciała.

W EKG stwierdzono miarowy rytm zatokowy o częstotliwości 55/min, oś pośrednią serca, małą progresję załamka R w odprawdzeniach V2-V3. Na zdjęciu RTG klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej (A-P, *anterior-posterior*) uwidoczniła się owalna cień w rzucie lewego płuca i serca. W tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) klatki piersiowej po lewej stronie zobrazowano dobrze odgraniczoną, jednorodną przestrzeń płynową o wymiarach 14,5 × 8,5 × 14 cm, stykającą się ze strukturami śródpiersia od poziomu I stawu mostkowo-żebrowego lewego do poziomu koniuszka serca, z uciskiem sąsiadującego płata górnego i segmentów jęczyzkowych lewego płuca. W przekłatkowym badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości z wyjątkiem umiarkowanej niedomykalności mitralnej II°; funkcja skurczowa komór pozostawała w normie, z zaburzeniami relaksacji. Zgodnie z obrazem CT przed sercem od lewej strony uwidoczniła się niskoechogenna przestrzeń płynowa o wymiarach 12 × 10 × 9 cm poza sercem, bez cech wrastania lub ucisku na serce, sąsiadującą z pniami tętniczymi, lewym przedsionkiem i komorą. W celu oceny tolerancji wysiłku wykonano elektrokardiograficzną próbę wysiłkową, przerwana z powodu zmęczenia pacjenta po 2:47 min przy osiągnięciu obciążenia 4,6 METs (norma dla wieku 7,8 METs) oraz 75% maksymalnego limitu tętna. W badaniu spirometrycznym nie było cech obturacji.

Na podstawie powyższych danych obrazowych rozpoznano torbiel śródpiersia, najprawdopodobniej nietypową torbiel osierdziową. Nie stwierdzono bezwzględnych wskazań do interwencji kardiologicznej. Zalecono dalszą obserwację w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z preferencją pacjenta.

Torbiel osierdziowa to zmiana w postaci łącznotkankowej otorbionej jamy wypełnionej płynem surowiczym. Światło torbieli nie ma łączności z jamą osierdzia, natomiast ściany torbieli i osierdzia pozostają ze sobą w łączności. Zmiany mogą mieć charakter jedno- lub wielokomorowy. Torbiele są zwykle umiejscowione w obrębie kątów sercowo-przeponowych. Najczęściej występuje postać wrodzona, jednak opisywano także przypadki torbieli pozapalnych oraz pourazowych. Częstość występowania szacuje się na 1:100 000 osób; zwykle są wykrywane w 4. i 5. dekadzie życia, z jednakową częstością wśród kobiet i mężczyzn. Torbiele osierdziowe stanowią 6% wszystkich zmian ogniskowych śródpiersia i 33% spośród wszystkich torbieli śródpiersia. Przebiega zwykle bezobjawowo (60–75%), a wykrywana jest przypadkowo przy okazji rutynowej diagnostyki. U niektórych pacjentów może powodować ból w klatce piersiowej, kaszel lub duszność. W różnicowaniu należy brać pod uwagę torbiele bronchogenne, grasiczne oraz guzy śródpiersia. W dokładnym określeniu położenia anatomicznego oraz różnicowaniu z innymi strukturami śródpiersia największą rolę odgrywa obrazowanie metodą CT oraz rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*), natomiast w celu obserwacji i oceny wpływu na funkcjonalność serca niezastąpione jest badanie echokardiograficzne. Algorytm postępowania terapeutycznego powinien być uzależniony od objawowości, wielkości torbieli i wpływu jej masy na otaczające struktury anatomiczne oraz możliwości aspiracji, obliteracji alkoholowej bądź chirurgicznej resekcji, a także preferencji pacjenta.



Rycina 1A. Zdjęcie RTG klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej (A-P, *anterior-posterior*): owalne „zaciemnienie” w rzucie lewego płuca; **B.** Badanie echokardiograficzne (ECHO) w zmodyfikowanej projekcji przymostkowej wysokiej: torbiel śródpiersia (czerwona gwiazdka) widoczna jako bezechowa przestrzeń sąsiadująca z rozwidleniem pnia tętnicy płucnej (zielone koło); **C.** Badanie ECHO w projekcji podżebrnej: torbiel śródpiersia widoczna jako bezechowa przestrzeń przylegająca do lewej komory (fioletowy trójkąt); **D.** Obraz tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) klatki piersiowej: przestrzeń płynowa przylegająca (czerwona gwiazdka) do lewego przedsionka, aorty i tętnicy płucnej; **E.** Obraz CT klatki piersiowej: przestrzeń płynowa (czerwona gwiazdka) przylegająca do rozwidlenia pnia tętnicy płucnej (zielone koło) i aorty; **F.** Obraz CT klatki piersiowej: przestrzeń płynowa (czerwona gwiazdka) przylegająca do lewej komory (fioletowy trójkąt)

Piśmiennictwo

- Gawrychowski J, Kluczeńska E, Gabriel A. Guzy śródpiersia – diagnostyka i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Patel J, Park C, Michaels J, et al. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography*. 2004; 21(3): 269–272, doi: 10.1111/j.0742-2822.2004.03097.x, indexed in Pubmed: 15053790.
- Hekmat M, Ghaderi H, Tatar H, et al. Giant pericardial cyst: a case report and review of literature. *Iran J Radiol*. 2016; 13(1), doi: 10.5812/iranjradiol.21921.
- Kassop D, Donovan MS, Cheezum MK, et al. Cardiac masses on cardiac CT: a review. *Curr Cardiovasc Imaging Rep*. 2014; 7: 9281, doi: 10.1007/s12410-014-9281-1, indexed in Pubmed: 25018846.
- Tower-Rader A, Kwon D. Pericardial masses, cysts and diverticula: a comprehensive review using multimodality imaging. *Prog Cardiovasc Dis*. 2017; 59(4): 389–397, doi: 10.1016/j.jpcad.2016.12.011, indexed in Pubmed: 28062266.

Adres do korespondencji: lek. Karolina Misztal, Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego, ul. Kniaziewiczza 1/5, 91–347 Łódź, e-mail: k.misztal@wp.pl