











Udar niedokrwienny mózgu leczony trombolitycznie jako pierwsza manifestacja śluzaka lewego przedsionka

Thrombolitically treated ischaemic stroke as first manifestation of left atrial myxoma

Barbara Zając^{1,2} , Ewa Szymczyk¹ , Daniel Steter² , Michał Domagała² ,
Tomasz Kaszczyński² , Arkadiusz Ammer² , Paulina Wejner-Mik¹ , Piotr Lipiec¹ ,
Grzegorz Religa² , Jarosław D. Kasprzak¹ 

¹Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Oddział Kardiochirurgii Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Łodzi

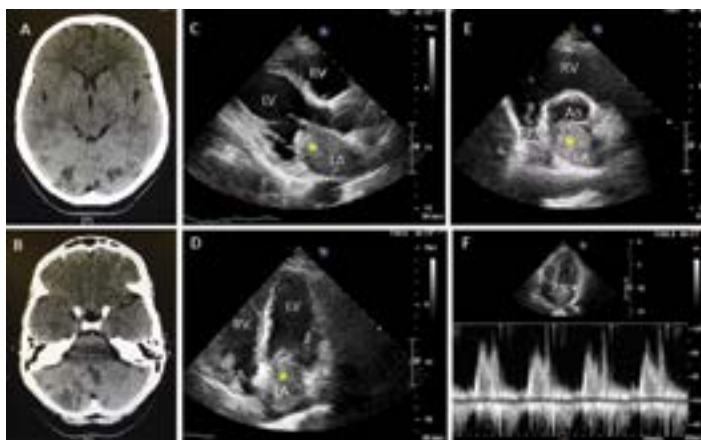
Pacjentkę 46-letnią, wcześniej niezgłaszającą problemów zdrowotnych, przyjęto na oddział neurologii z powodu nagłego wystąpienia afazji i niedowładu prawej kończyny górnej. W szczegółowym badaniu neurologicznym stwierdzono: brak kontaktu słowno-logicznego, afazję mieszaną z przewagą ruchowej, niedowład prawej kończyny górnej 3/5. W badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) głowy wykonanym tuż przy przyjęciu nie wykazano krwawienia śródczaszkowego ani świeżych zmian niedokrwiennych. W badaniu angio-CT tętnic domózgowych i wewnątrzmoźgowych naczynia pozostawały bez uchwytanych zwężeń. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia trombolitycznego; w sumie otrzymała 75 mg alteplazy. W kontrolnym badaniu CT uwidoczniło rozszanie, zlokalizowane nad- i podnamiotowo zmiany o charakterze niedokrwiennym (ryc. 1A, B). W wywiadzie nie było uchwytanych czynników ryzyka chorób naczyniowych. Wykonano również badania laboratoryjne w kierunku czynników ryzyka „młodego udaru” (aktywność w osoczu białek C i S, fibrynogenu, homocysteiny oraz antytrombiny III); wszystkie wyniki mieściły się w normie.

Diagnostykę poszerzono o przekłatkowe badanie echokardiograficzne (TTE, *transthoracic echocardiography*), w którym w jamie lewego przedsionka (LA, *left atrial*) zobrazowano dodatkową, hiperechogeniczną strukturę o wymiarach 50 × 35 mm, o nierównych brzegach i niejednorodnej echoogeniczności, silnie ruchomą, blokującą ujście zastawki mitralnej, z szypułką w okolicy dołu owalnego (ryc. 1C–F). Ponadto stwierdzono dobrą, symetryczną kurczliwość lewej komory z frakcją wyrzutową 60% oraz prawidłową funkcję skurczową prawej komory.

Ze względu na obraz echokardiograficzny pacjentkę przekazano na oddział kardiochirurgii w celu leczenia operacyjnego guza LA w trybie pilnym. Operację wykonano w krążeniu pozaustrojowym, z zastosowaniem kardioplegii. Śródoperacyjnie po otwarciu LA uwidoczniło galaretowaty guz obleczony błyszczącą błoną, przyrośnięty szypułką do tkanek przegrody międzyprzedsionkowej (IAS, *interatrial septal*). Aby umożliwić całkowite usunięcie guza z szypułką, konieczne było usunięcie IAS; ubytek po usuniętej przegrodzie zaszyto szwem prolonowym. W badaniu histopatologicznym rozpoznano *cardiac myxoma*. W kontrolnym badaniu TTE potwierdzono dobry efekt zabiegu. Pacjentkę w dobrym stanie ogólnym wypisano do domu w 9. dobie po operacji z zaleceniami okresowej kontroli w poradniach kardiologicznej i neurologicznej.

Śluzak jest najczęstszym pierwotnym łagodnym nowotworem serca. Częściej występuje u kobiet, głównie w 3.–6. dekadzie życia. Najczęściej jest umiejscowiony w LA, w łączności z IAS, z szypułką w okolicy dołu owalnego. Charakteryzuje się niejednorodną echoogenicznością z obszarami przejaśnień i zwapnień. Śluzak rośnie stosunkowo szybko i może być przyczyną niewydolności serca, zaburzeń rytmu, incydentów zatorowych czy uogólnionej reakcji zapalnej. Istotne znaczenie w ustalaniu rozpoznania ma TTE. Leczeniem z wyboru jest całkowite usunięcie guza podczas operacji kardiochirurgicznej.

Przedstawiony opis przypadku ukazuje początkowo bezobjawowy rozwój śluzaka u młodej osoby dorosłej nieobciążonej czynnikami ryzyka „młodego udaru” czy chorób naczyniowych, którego pierwszym objawem był udar niedokrwienny mózgu. Należy podkreślić istotną rolę zastosowanego leczenia trombolitycznego z dobrym efektem w udarze mózgu o tej etiologii. Badanie TTE miało zasadnicze znaczenie w rozpoznaniu przyczyny udaru mózgu. Uwagę zwraca również fakt, że operację kardiochirurgiczną wykonuje się w takich przypadkach w trybie pilnym, ze względu na wysokie ryzyko kolejnych powikłań zatorowych oraz obliterację przez guz ujścia przedsionkowo-komorowego.



Rycina 1A–B. Badanie tomografii komputerowej głowy – obszary o obniżonej gęstości w obu półkulach mózgu, większe w prawej półkuli, w głowie lewego jądra ogoniastego oraz drobna zmiana hipodensyjna podkorowo na lewym pograniczu czołowo-ciemieniowym; **C.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne, projekcja przymostkowa w osi długiej – dodatkowa masa w jamie lewego przedsionka (LA, *left atrial*) wnikająca w ujście zastawki mitralnej; **D.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne, projekcja koniuszkowa czterojamowa – dodatkowa, hiperechogeniczna struktura w jamie LA o nierównych brzegach i niejednorodnej echoogeniczności, wnikająca w ujście zastawki mitralnej, z szypułką w okolicy dołu owalnego (oznaczona gwiazdką); **E.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne, projekcja przymostkowa w osi krótkiej na poziomie wielkich naczyń; **F.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne, tryb doplera pulsacyjnego – przepływ przez zastawkę mitralną; RV (*right ventricle*) – prawa komora; LV (*left ventricle*) – lewa komora; RA (*right atrial*) – prawy przedsionek; Ao – aorta