

# Patologiczny twór w śródpiersiu środkowym — trudności diagnostyczne

Pathological mass in media mediastinum — diagnostic difficulties

Anna Lisowska<sup>1</sup>, Małgorzata Knapp<sup>1</sup>, Bożena Sobkowicz<sup>1</sup>, Tomasz Hirnle<sup>2</sup>, Urszula Kosacka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Białystok

<sup>2</sup>Klinika Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny, Białystok

## Abstract

Pathological mediastinal masses are usually unexpected, common findings. This discovery needs a wide range of diagnostic approach. The way of treatment depends on results of diagnostic tests and images and sometimes difficult decision has to be made as it was in a case report of 76 year-old man in whom according to echocardiogram and computed tomography a large postmyocardial aneurysm of left ventricle was found. But intraoperative finding revealed purulent pericarditis.

**Key words:** purulent pericarditis

Kardiol Pol 2011; 69, 7: 725–727

## WSTĘP

Masy guzowate w obrębie śródpiersia wykrywa się w badaniu rentgenowskim, w badaniu echokardiograficznym, tomografii komputerowej lub rezonansie magnetycznym. Często badania te są wykonywane z innych wskazań, a patologiczną strukturę stwierdza się przypadkowo [1]. Jej wykrycie wymaga przeprowadzenia diagnostyki różnicowej, od której zależy wybór dalszych badań diagnostycznych i podjęcie często trudnych decyzji terapeutycznych, co miało miejsce w opisanym poniżej przypadku.

## OPIS PRZYPADKU

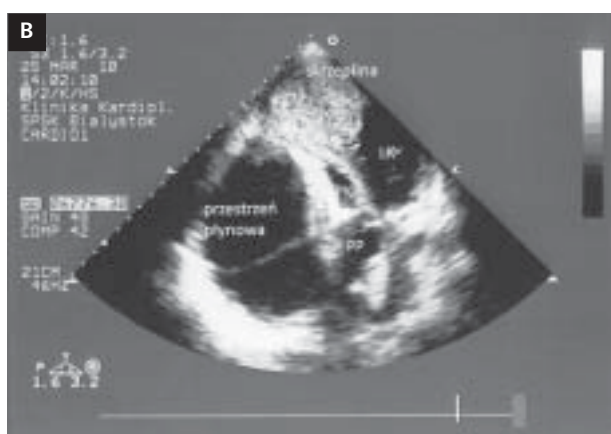
Pacjent w wieku 76 lat (nr historii choroby 8172/423) we wrześniu 2009 r. przeżył zawał serca ściany przedniej z uniesieniem odcinka ST, leczony inwazyjnie angioplastyką gałęzi diagonalnej lewej tętnicy wieńcowej. Okres okołozawałowy był niepowikłany. Wykonane wówczas badanie echokardiograficzne wykazało akinezę ściany przedniej i przegrody międzykomorowej z zachowaną globalną funkcją skurczową lewej komory (EF = 50%), wielkość jam serca pozostawała w normie. W lutym 2010 r. pacjent trafił do szpitala rejonowego z cechami nasilonej niewydolności serca, gorączkują-

cy, ze zmianami zapalno-zastoinowymi na zdjęciu RTG klatki piersiowej. Zastosowano typowe leczenie niewydolności serca i antybiotykoterapię, uzyskując niewielką poprawę stanu ogólnego pacjenta. Nadal utrzymywała się duszność spoczynkowa, a w badaniach dodatkowych zanotowano cechy ostrego stanu zapalnego, podwyższone stężenie D-dimeru i hipoksemię. W celu pogłębienia diagnostyki wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej, w której stwierdzono dużą przestrzeń płynową w worku osierdziowym o wymiarach 120 × 75 × 98 mm, uciskającą prawą komorę ze znacznym zmniejszeniem jej objętości, a także uciskającą spływ żyły głównej górnej do prawego przedsionka. Ponadto był obecny płyn w prawej jamie opłucnej, bez zagęszczeń w mięszu płucnym. W celu dalszej diagnostyki i leczenia pacjenta przekazano do Kliniki Kardiologii UMB. Przy przyjęciu stan chorego był ciężki: RR 100/70 mm Hg, utrzymywane wlewem amin katecholowych, tętno 96/min, sinica obwodowa, tony serca niesłyszalne, trzeszczenia u podstawy obu płuc. W EKG stwierdzono rytm zatokowy, lewogram, cechy przebytego zawału ściany przedniej i bocznej z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. W badaniach biochemicznych zwracała uwagę leukocytoza 13 tys./ $\mu$ l i podwyższone stężenie CRP

## Adres do korespondencji:

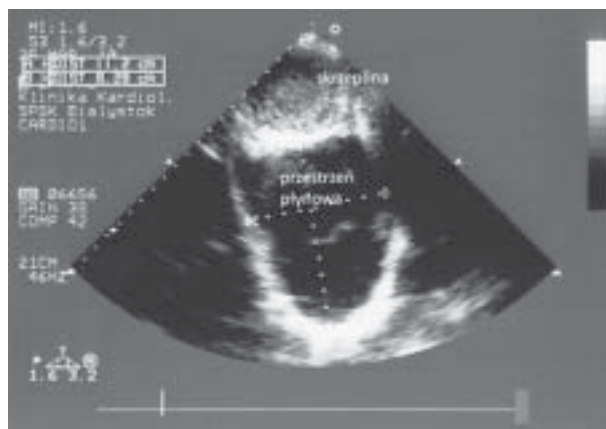
dr n. med. Anna Lisowska, Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Skłodowskiej 24A, 15–276 Białystok, e-mail: anlila@poczta.onet.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



**Rycina 1.** Badanie echokardiograficzne przezklatkowe; projekcja koniuszkowa 4-jamowa klasyczna (A) i zrotowana (B); widoczny duży tętniak akinetyczny koniuszka lewej komory (LK) wypełniony skrzepiną; przy prawej komorze (PK) obecna duża przestrzeń pływowa; LP — lewy przedsionek; PP — prawy przedsionek

(75 mg/l). Badanie echokardiograficzne wykazało obecność dużego, akinetycznego tętniaka koniuszka serca, wypełnionego dobrze zorganizowaną skrzepiną, ze znacznie upośledzoną funkcją skurczową lewej komory (EF = 20%). Nie stwierdzono cech wady zastawkowej serca. Jamy prawego serca były uciśnięte przez dużą przestrzeń pływową o wymiarze 73 × 12 mm, znajdującą się w worku osierdziowym (ryc. 1). W zmodyfikowanych projekcjach echokardiograficznych wydawało się, że przestrzeń ta ma połączenie z jamą lewej komory w obszarze koniuszka „wytapetowanego” skrzepiną (ryc. 2). Postawiono więc wstępną diagnozę olbrzymiego pozawałowego tętniaka rzekomego lewej komory. Po konsultacji kardiologicznej pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Dnia 7.04.2010 r. bez krążenia pozastrojowego odbarczono tamponadę serca. W trakcie preparowania worka osierdziowego otworzono jamę ropnia uciśkającą prawy przedsionek i prawą komorę. Ewakuowano treść ropną, wycięto zmieniony zapalnie worek osierdziowy od strony ściany przedniej i dolnej (ryc. 3, 4). Założono drenaż płuczący śródpiersia z roztworem jodyny. Śródoperacyj-



**Rycina 2.** Badanie echokardiograficzne przezklatkowe; projekcja przymostkowa poprzeczna zrotowana; widoczna duża przestrzeń pływowa, która wydaje się komunikować z akinetycznym obszarem koniuszka lewej komory wypełnionym skrzepiną



**Rycina 3.** Obraz śródoperacyjny; zabieg wykonano z dostępu przez sternotomię pośrodkową; po otwarciu worka osierdziowego wyłynęła duża ilość treści ropnej



**Rycina 4.** Obraz śródoperacyjny; widoczna duża jama po opróżnionym ropniu osierdzia

nie nie wykazano obecności komunikacji między opróżnioną jamą a lewą komorą. W okresie po zabiegu pacjent pozostawał stabilny hemodynamicznie, nie gorączkował, zgodnie z wynikiem posiewu pobranego śródoperacyjnie materiału (*Staphylococcus haemolyticus*, wzrost bardzo obfity) do leczenia włączono wankomycynę i tazocin (piperacylina z tazobaktamem). Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego i śródoperacyjnego rozpoznano ostatecznie ropień osierdzia, który wytworzył się w przebiegu ropnego zapalenia osierdzia. Obecnie na podstawie kontaktu telefonicznego wiadomo, że chory czuje się dobrze, nie gorączkuje, rana na klatce piersiowej wygoiła się.

## OMÓWIENIE

Nieprawidłowymi masami w obrębie śródpiersia mogą być nowotwory osierdzia, guzy pozasercowe (najczęściej chłoniaki), torbiele nienowotworowe, przepukliny przeponowe, tętniaki aorty, uchyłki przelyku [2]. Najważniejszą rolę w diagnostyce pozasercowych nieprawidłowych mas zlokalizowanych w śródpiersiu odgrywają tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny. Echokardiografia pełni rolę zarówno badania przesiewowego, kwalifikującego pacjenta do dalszej diagnostyki obrazowej, jak i pozwala na rozszerzenie oceny tych zmian. Ma szczególne znaczenie w ocenie relacji guza w stosunku do serca i dużych naczyń, a także jego wpływu na hemodynamikę serca. Umożliwia różnicowanie guzów serca i struktur naczyniowych, pozwala rozróżnić masy lite od torbielowatych lub płynowych. Badanie echokardiograficzne jest podstawową techniką służącą do oceny patologii osierdzia [3]. Najczęstszą z nich jest płyn w worku osierdziowym, który może mieć charakter przesięku, wysięku, krwi lub treści ropnej. Rozpoznanie płynu w worku osierdziowym zwykle nie nastręcza trudności, pod warunkiem jego typowej lokalizacji. Płyn otorbione bądź o nietypowej lokalizacji często sprawiają trudności diagnostyczne. Nie wywołują one również klasycznych objawów tamponady serca, jak to było w opisanym przypadku. W badaniu echokardiograficznym była obecna duża przestrzeń płynowa zlokalizowana przy prawym przedsionku i prawej komorze, na pozostałym obszarze mięśnia sercowego nie stwierdzono separacji blaszek osierdzia. Całość obrazu klinicznego i echokardiograficznego wskazywała, że z dużym prawdopodobieństwem jest to pozawałowy tętniak rzekomy lewej komory. Tomografia komputerowa klatki piersiowej w tym przypadku nie wniosła żadnych nowych informacji diagnostycznych. Dopiero obraz śródoperacyjny i ropny charakter treści wypełniającej worek osierdziowy pozwoliły na weryfikację pierwotnie postawionej diagnozy, a tym samym na podjęcie dalszych działań terapeutycznych, które zakończyły się

sukcesem. Trudności diagnostyczne wynikały również z faktu, że bakteryjne zapalenie osierdzia występuje bardzo rzadko, dlatego też w różnicowaniu nie brano pod uwagę tego rozpoznania [4]. Zwykle jest ono następstwem infekcji związanej z urazem klatki piersiowej i zabiegu chirurgicznego lub drenażu w obrębie klatki piersiowej. Przyczyną może być również ognisko zapalne zlokalizowane w klatce piersiowej [5]. U opisanego pacjenta jedynym zabiegiem w wywiadzie była przeszłorna interwencja wieńcowa przebyta przed kilkoma miesiącami. W piśmiennictwie dostępnym w bazie PubMed z ostatnich 12 lat autorzy znaleźli tylko 2 opisy przypadków ropnego zapalenia osierdzia będącego powikłaniem przeszłornej angioplastyki z implantacją stentu [6, 7].

Najczęściej stwierdzanymi patogenami wywołującymi bakteryjne zapalenie osierdzia są: paciorkowce, gronkowce, grupa *Haemophilus* i prątki gruźlicy. Choroba ma charakter ostry, przebiega z gorączką, bez bólów w klatce piersiowej [5]. Opisany pacjent nie gorączkował, natomiast były podwyższone parametry ostrej fazy. Nieleczone ropne zapalenie osierdzia jest chorobą śmiertelną, natomiast w grupie leczonych pacjentów śmiertelność sięga 40%, a do głównych przyczyn należą: tamponada serca, wstrząs septyczny, ostra niewydolność serca, konstrykcja. Postępowaniem z wyboru jest drenaż osierdzia (preferuje się otwarty drenaż chirurgiczny) i antybiotykoterapia [5, 8, 9]. Takie postępowanie terapeutyczne okazało się również skuteczne w opisanym przypadku.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Gackowski A, Podolec P. Guzy serca i pozasercowe guzy śródpiersia. In: Podolec P ed. Echokardiografia praktyczna, tom III. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005; 447–471.
2. Pawlicka L. Choroby śródpiersia. In: Wojtczak A ed. Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 1995; 172–186.
3. Pasierski T, Pikto-Pietkiewicz W, Massri N, Gackowski A. Choroby osierdzia. In: Podolec P ed. Echokardiografia praktyczna, tom III. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005; 431–434.
4. Tomkowski W, Kuca P. Choroby osierdzia. In: Szczeklik A ed. Choroby wewnętrzne, tom I. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005; 297–302.
5. Pankuweit S, Ristić AD, Seferović PM, Misach B. Bacterial pericarditis: diagnosis and management. *Am J Cardiovasc Drugs*, 2005; 5: 103–112.
6. Schoenkerman AB, Lundstrom RJ. Coronary stent infections: a case series. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2009; 73: 74–76.
7. Amin H, Munt B, Ignaszewski A. *Staphylococcus aureus* pericarditis with tamponade complicating coronary angioplasty and stenting. *Can J Cardiol*, 1998; 14: 1148–1150.
8. Capov I, Wechsler J, Sumbera J, Pavlik M, Jedlicka V. Pericardial abscess: a rare complication of sepsis. *Acta Chir Hung*, 1999; 38: 19–21.
9. Sugita T, Ueda Y, Oginio H et al. Purulent pericarditis presenting as an extracardiac mass in a patient with untreated diabetes. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 1999; 5: 408–410.