

Guz w lewym przedsionku rozpoznany 6 lat po ablacji ujść żył płucnych i cieśni dolnej prawego przedsionka: skrzeplina czy śluzak?

Tumour in left atrium diagnosed 6 years after ablation of pulmonary vein ostia and inferior right atrial isthmus: thrombus or myxoma?

Katarzyna Piestrzeniewicz¹, Radosław Zwoliński², Marek Maciejewski¹,
Jarosław Drożdż¹, Ryszard Jaszewski²

¹Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

²Klinika Kardiochirurgii, Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

Abstract

We present a case of the left atrial myxoma 6 years after atrial fibrillation ablation. The initial diagnosis of the mass revealed on echocardiography was a thrombus. Failure of anticoagulant treatment and transesophageal echocardiography led to diagnosis of myxoma, confirmed intraoperatively and histologically.

Key words: left atrial myxoma, atrial fibrillation ablation

Kardiol Pol 2012; 70, 8: 839–840

WSTĘP

Śluzak lewego przedsionka (LA) może być rozpoznany przypadkowo podczas badania echokardiograficznego [1]. Typowe cechy odróżniające śluzaka od skrzepliny to echogeniczność, która w przypadku guza jest zwykle niejednorodna, oraz lokalizacja — śluzak wyrasta najczęściej z okolicy dołu owalnego, a skrzeplina powstaje zazwyczaj w uszku przedsionka [2]. Izolacja żył płucnych, jako inwazyjny zabieg w obrębie przedsionków, może wzbudzać obawy dotyczące miejscowej aktywacji procesu krzepnięcia.

OPIS PRZYPADKU

Kobieta w wieku 71 lat, z wywiadem napadowego migotania przedsionków (AF), po przebytej 6 lat wcześniej skutecznej ablacji ujść żył płucnych i cieśni dolnej prawego przedsionka w Klinice Zaburzeń Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie, obecnie bezobjawowa, została przyjęta do tutejszego ośrodka z rozpoznaniem guza LA. Ujawniono go w badaniu echokardiograficznym przed 3 miesiącami i traktowano

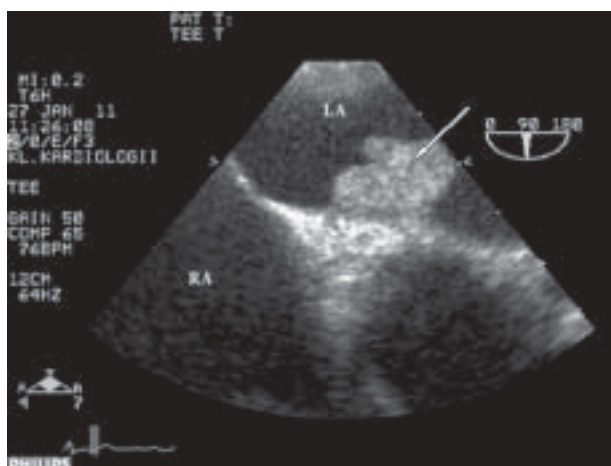
jako skrzeplinę; stosowano leczenie doustnym antykoagulantem, nie uzyskując regresji guza. Poprzednie, kontrolne badanie echokardiograficzne wykonane 2 lata wcześniej nie ujawniło żadnych nieprawidłowości. Aktualnie, w EKG zarejestrowano rytm zatokowy o częstotliwości 65/min, blok przedsionkowo-komorowy I stopnia, w echokardiogramie uwidoczniło dodatkową strukturę w LA o wymiarach 20/20 mm, jednorodnej echogenności, nierównej powierzchni, wywodzącej się z przegrody międzyprzedsionkowej. W echokardiogramie przezprzelykowym stwierdzono szeroką podstawę guza (7 mm) w okolicy otworu owalnego, bez cech naciekania, z dwoma drobnymi, palczastymi wypustkami, bez cech zawężenia drogi napływu lub odpływu z LA (ryc. 1). Chorą skierowano na leczenie operacyjne, podczas którego wycięto guz w całości, z marginesem zdrowej tkanki przegrody międzyprzedsionkowej i wszyto łatę osierdziową w powstały ubytek, uzyskując dobry efekt kliniczny i echokardiograficzny w obserwacji 6-miesięcznej. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie śluzaka.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Katarzyna Piestrzeniewicz, Klinika Kardiologii, I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Sterlinga 1/3, 91–425 Łódź, tel/faks: +48 42 636 44 71, e-mail: katarzyna.piestrzeniewicz@umed.lodz.pl

Praca wpłynęła: 26.08.2011 r. Zaakceptowana do druku: 01.12.2011 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 1. Śluzak w lewym przedsionku (strzałka). Echokardiografia przezprzełykowa, projekcja środkowoprzełykowa 66°; LA — lewy przedsionek; RA — prawy przedsionek

OMÓWIENIE

Obecność zorganizowanej masy w LA u chorej po zabiegu ablacji ujęć żył płucnych kilka lat wcześniej nasunęło podejrzenie skrzepliny. Jednym z głównych celów ablacji AF jest uniknięcie przewlekłej antykoagulacji stosowanej w celu redukcji ryzyka tromboogenezy i powikłań zatorowych. Skuteczność tej strategii jest kontrowersyjna, ponieważ zdarzają się subkliniczne epizody zatorowe w centralnym układzie nerwowym po skutecznej ablacji, a przyczyny tego zjawiska jak dotąd nie wyjaśniono [3, 4]. W omawianym przypadku powstanie skrzepliny w przedsionku było mało prawdopodobne (2 punkty w skali ryzyka CH2ADS2-VASc), po zabiegu ablacji nie występowały epizody AF, chociaż nie można wykluczyć asymptomatycznych napadów arytmii. U większości chorych z utrzymującym się rytmem zatokowym przez rok od izolacji żył płucnych efekt leczenia jest trwały [5, 6]. W trakcie ablacji, w ok. 10% przypadków mogą powstać skrzepliny, mimo intensywnej antykoagulacji. Są one zwykle zlokalizowane na osłonkach i cewnikach mapujących i są razem z nimi usuwane po zakończeniu procedury. Ren i wsp. [7] nie zaobserwowali skrzeplin przyściennych związanych z miejscem aplikacji prądu, jednak w dostępnym piśmiennictwie opisano przypadek skrzepliny w LA, której powstanie wiązano z zabiegiem ablacji [8].

U opisanej pacjentki brak czynników predysponujących do powstania skrzepliny i miejsce przyczepu obserwowanej struktury do przegrody międzyprzedsionkowej sugerowały

rozpoznanie śluzaka, co potwierdziły ocena śródoperacyjna oraz badanie histopatologiczne. Podobny przypadek śluzaka w prawym przedsionku rozpoznano już po kilku miesiącach po ablacji z powodu AF opisali Ancona i wsp. [9]. Prędkość wzrostu śluzaka oszacowano na 0,49 cm/miesiąc [10], brak ech dodatkowych w jamach serca we wcześniejszych badaniach echokardiograficznych nie ma zatem znaczenia różnicującego ze skrzepliną.

WNIOSKI

Dodatkowa struktura rejestrowana metodą echokardiograficzną w jamie LA, u chorego bez czynników ryzyka nasilonego procesu zakrzepowego to najczęściej śluzak. Czas jego wzrostu jest szybki, więc wcześniejszy, prawidłowy echokardiogram nie powinien osłabiać czujności diagnostycznej.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*, 2001; 80: 159–172.
2. Kasprzak J, Wejner-Mik P. Guzy serca. In: Hoffman P, Kasprzak JD eds. *Echokardiografia*. Via Medica, Gdańsk 2004: 292–302.
3. Levitt HL, Toor SZ, Coplan NL. Is there a need to continue anticoagulation following “successful” atrial fibrillation ablation? *Prev Cardiol*, 2009; 12: 39–42.
4. Herrera Siklódy C, Deneke T, Hocini M et al. Incidence of asymptomatic intracranial embolic events after pulmonary vein isolation comparison of different atrial fibrillation ablation technologies in a multicenter study. *J Am Coll Cardiol*, 2011; 58: 681–688.
5. Medi C, Sparks PB, Morton JB et al. Pulmonary vein antral isolation for paroxysmal atrial fibrillation: results from long-term follow-up. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2011; 22: 137–141.
6. Tzou WS, Marchlinski FE, Zado ES et al. Long-term outcome after successful catheter ablation of atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 2010; 3: 237–242.
7. Ren JF, Marchlinski FE, Callans DJ. Left atrial thrombus associated with ablation for atrial fibrillation: identification with intracardiac echocardiography. *J Am Coll Cardiol*, 2004; 43: 1861–1867.
8. Pu ZX, Lei Y, You XD, Hong PX. Giant left atrial thrombus associated with ablation for atrial tachycardia. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2009; 32: 820–821.
9. Ancona R, Comenale Pinto S, Caso P et al. Right atrial mass following transcatheter radiofrequency ablation for recurrent atrial fibrillation: thrombus, endocarditis or mixoma? *Monaldi Arch Chest Dis*, 2009; 72: 40–42.
10. Walpot J, Shivalkar B, Rodrigus I et al. Atrial myxomas grow faster than we think. *Echocardiography*, 2010; 27: 128–131.