

Bezobjawowy śluzak płątka przegrodowego zastawki trójdzielnej

Asymptomatic myxoma of the tricuspid valve septal leaflet

Ireneusz Jedliński^{1,2}, Maria Jamrozek-Jedlińska³, Paweł Bugajski⁴,
Ryszard Kalawski⁴, Kajetan Poprawski^{1,5}, Marek Słomczyński²

¹Pracownia Echokardiografii, NSZOZ „Medicor”, Poznań

²Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

³Oddział Hematologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

⁴Oddział Kardiochirurgiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

⁵Uniwersytet Medyczny, Poznań

Abstract

We presented a case of asymptomatic myxoma of the tricuspid valve septal leaflet. The tumour was diagnosed accidentally during routine transthoracic echocardiography and confirmed by transesophageal echocardiography. It was resected and the septal leaflet repaired during surgery.

Key words: myxoma of the tricuspid valve septal leaflet

Kardiol Pol 2012; 70, 6: 609–611

WSTĘP

Śluzaki stanowią 50% łagodnych nowotworów serca. Najczęściej są zlokalizowane w przedsionkach (w lewym: 75%, w prawym: 18%), rzadziej w komorach (w prawej: 4%, w lewej: 3%) [1]. Sporadycznie guzy te występują na zastawkach; opisano pojedyncze przypadki śluzaków zlokalizowanych na zastawce trójdzielnej [2].

Poniżej przedstawiono przypadek 70-letniej chorej z przypadkowo wykrytym śluzakiem płątka przegrodowego zastawki trójdzielnej.

OPIS PRZYPADKU

Chorą w wieku 70 lat skierowano do Pracowni Echokardiografii w celu wykonania rutynowego przekłatkowego badania echokardiograficznego. Od 20 lat była ona leczona z powodu nadciśnienia tętniczego. W badaniu przedmiotowym nie zaobserwowano istotnych nieprawidłowości. W czasie badania echokardiograficznego stwierdzono obecność umiarkowanego, koncentrycznego przerostu mięśnia lewej

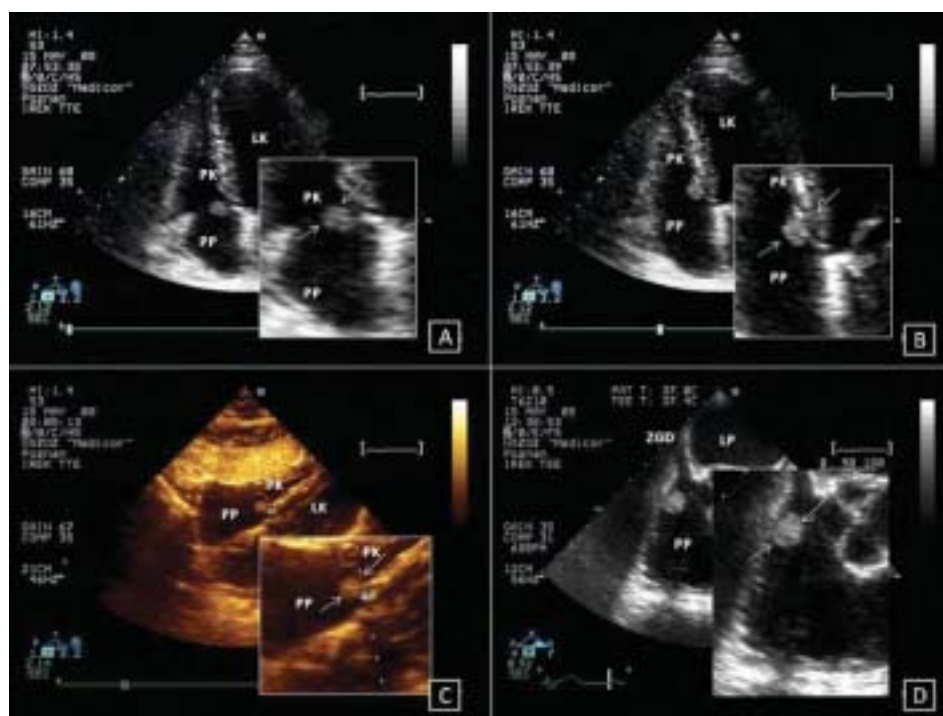
komory i zaburzoną jej funkcję rozkurczową. Obserwowano również występowanie łagodnych zmian degeneracyjnych na zastawce mitralnej (MAC tylnej części pierścienia) i aortalnej (drobne zwapnienia na płatkach oraz pierścieniu), niepowodujących istotnych zaburzeń hemodynamicznych. Uwidoczniło niewielkie (średnica: 15 mm), balotujące, okrągłe echo zlokalizowane od strony przedsionkowej płątka przegrodowego zastawki trójdzielnej (PPZT). Guzek przemieszczał się wraz z płatkami do światła prawej komory w czasie jej rozkurczu. Obecność zmiany nie powodowała zaburzeń funkcji zastawki (ryc. 1A–C). W celu dokładniejszej oceny guza wykonano przezprzełykowe badanie echokardiograficzne. Potwierdzono obecność niewielkiego, uszypułowanego guzka na PPZT (ryc. 1D). Po konsultacji kardiochirurgicznej chorą skierowano na zabieg usunięcia guza. Ze względu na niewielkie rozmiary dokonano resekcji zmiany połączonej z plastyką PPZT. Wynik badania histopatologicznego potwierdził rozpoznanie śluzaka. Chora od 3 lat jest pod stałą opieką Poradni Kardiologicznej. W kolejnych badaniach echokardiogra-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ, ul. Szwajcarska 3, 61–285 Poznań, e-mail: irejed@wp.pl

Praca wpłynęła: 22.05.2011 r. Zaakceptowana do druku: 15.06.2011 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 1. A–C. Przekłatkowe badanie echokardiograficzne; A. Projektcja koniuszkowa 4-jamowa, zastawka trójdzielna w fazie zamknięcia; B. Zastawka trójdzielna w fazie otwarcia; C. Projektcja podmostkowa 4-jamowa; D. Przeprzętkowe badanie echokardiograficzne, strzałkami zaznaczono śluzaka; PP — prawy przedsionek; PK — prawa komora; LP — lewy przedsionek; LK — lewa komora



Rycina 2. Przekłatkowe badanie echokardiograficzne; A. Projektcja koniuszkowa 4-jamowa, zastawka trójdzielna w fazie otwarcia; B. Zastawka trójdzielna w fazie zamknięcia; widoczna fala zwrotna niedomykalności trójdzielnej; PP — prawy przedsionek; PK — prawa komora; LP — lewy przedsionek; LK — lewa komora

ficznych nie stwierdzono wznowy. W badaniu metodą kolorowego doplera zaobserwowano nieistotną hemodynamicznie niedomykalność zastawki trójdzielnej (ryc. 2).

OMÓWIENIE

Prawostronna lokalizacja śluzaków serca jest bardzo rzadka, szczególnie guzów zlokalizowanych na zastawce trójdzielnej [3]. Objawy kliniczne zależą głównie od rozmiarów guza i jego

ruchomości [4]. Niewielkie guzy zazwyczaj są nieme klinicznie (przypadkowe „znaleziska” echokardiograficzne) [5]. W przypadku śluzaków o dużych rozmiarach pojawiają się objawy przewlekłej niewydolności prawej komory (obrzęki kończyn dolnych, hepatosplenomegalia, obecność płynu przesiękowego w jamach surowiczych) [6]. W razie rozfragmentowania guza lub oderwania się skrzeplin od jego powierzchni (powierzchnia śluzaka jest bardzo trombogenna) pojawia się duszność

o różnym stopniu nasilenia, w zależności od średnicy tętnicy płucnej zaczipowanej oderwaną zmianą [7].

Jedyną skuteczną metodą leczenia śluzaków jest ich kardiochirurgiczne usunięcie. Zabiegi na zastawce trójdzielnej obejmują usunięcie guza wraz z częścią płatka i następową jego plastyką lub całkowitą resekcję zastawki z wszczepieniem protezy [8, 9]. Po zabiegach naprawczych obowiązuje okresowa kontrola echokardiograficzna, obejmująca ocenę morfologiczną i czynnościową zastawki trójdzielnej. W czasie 3-letniej obserwacji opisanej chorej nie zaobserwowano wznowy guza.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Sabatine M, Colucci W, Schoen F. Primary tumors of the heart. In: Braunwald E, Libby P, Zipes D, Bonow RO eds. Braunwald's heart disease. 7th Ed. Elsevier Masson, Philadelphia 2005: 1745–1750.
2. Cordier G, Kieny R, Eisenmann B et al. Echocardiography of an operated case of myxoma of the tricuspid valve. Arch Mal Coeur Vaiss, 1981; 74: 747–754.
3. Hall RJ, Denton AC, McAllister HA Jr, Frazier HO, O'Rourke R. Neoplastic heart disease. In: Alexander RW, Fuster V, O'Rourke R eds. Hurst's the heart. 11th Ed. Mc Graw-Hill, New York 2004: 2526–2523.
4. Vizzardi E, D'Aloia A, Chiari E et al. Tricuspid valve myxoma in a patient with congestive heart failure. Cases J, 2010; 3: 21.
5. Goswami KC, Shrivastava S, Bahl VK et al. Cardiac myxomas: clinical and echocardiographic profile. Int J Cardiol, 1998; 63: 251–259.
6. Keenan DJM, Morton P, O'Kane H. Right atrial myxoma and pulmonary embolism. Br Heart J, 1982; 48: 510–512.
7. Idir M, Osvel N, Guibaud JP et al. Fragmentation of a right atrial myxoma presenting as a pulmonary embolism. J Am Soc Echocardiogr, 2000; 13: 61–63.
8. Asmar B, Acker M, Couetil JP et al. Tricuspid valve myxoma: a rare indication for tricuspid valve repair. Ann Thorac Surg, 1991; 52: 1315–1316.
9. Shaff HV, Mullany CJ. Surgery for cardiac myxomas. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2000; 12: 77–88.