

Duża bezobjawowa torbiel osierdzia w okolicy koniuszka serca

A large asymptomatic pericardial cyst in the apical region

Ireneusz Jedliński¹, Maria Jamrozek-Jedlińska², Paweł Bugajski³, Marek Bartkowiak³, Marek Słomczyński¹, Kajetan Poprawski⁴

¹Oddział Kardiologiczny, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

²Oddział Hematologiczny, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

³Oddział Kardiochirurgiczny, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

⁴Uniwersytet Medyczny, Poznań

Abstract

We presented a case of the large asymptomatic pericardial cyst localised near cardiac apex, filled with fluid of water-equivalent density. The cyst was detected accidentally during transthoracic echocardiography and confirmed by 64-slice multi-detector computed tomography. Repeated transthoracic echocardiography was recommended.

Key words: pericardial cyst

Kardiol Pol 2012; 70, 5: 522–523

WSTĘP

Torbiele osierdzia stanowią 11% guzów występujących w śródpiersiu. Ich rozmiary i lokalizacja są bardzo zróżnicowane. Zazwyczaj są one bezobjawowe i wykrywane przypadkowo, najczęściej na zdjęciach RTG klatki piersiowej [1, 2].

Poniżej przedstawiono przypadek dużej, bezobjawowej torbieli osierdzia, wykrytej w czasie przekłatkowego badania echokardiograficznego (TTE).

OPIS PRZYPADKU

Chorego w wieku 56 lat skierowano na przekłatkowe badanie echokardiograficzne z powodu wieloletniego nadciśnienia tętniczego. Podczas badania stwierdzono obecność umiarkowanego przerostu ścian lewej komory, zaburzenia relaksacji i nieistotną hemodynamicznie niedomykalność zastawek przedsionkowo-komorowych. W okolicy koniuszka obu komór uwidoczono echo torbieli o wymiarach 60 × 30 mm (ryc. 1A, B). Nie stwierdzono cech jej ucisku na jamy serca. Ze względu na dość duże rozmiary torbieli poszerzono diagnostykę o wykonanie 64-rzędowej tomografii komputerowej

śródpiersia, która potwierdziła diagnozę. W jamie torbieli stwierdzono również obecność surowiczego płynu (ryc. 1C, D). Ze względu na bezobjawowy charakter zmiany zalecono okresowe wykonywanie u chorego TTE.

OMÓWIENIE

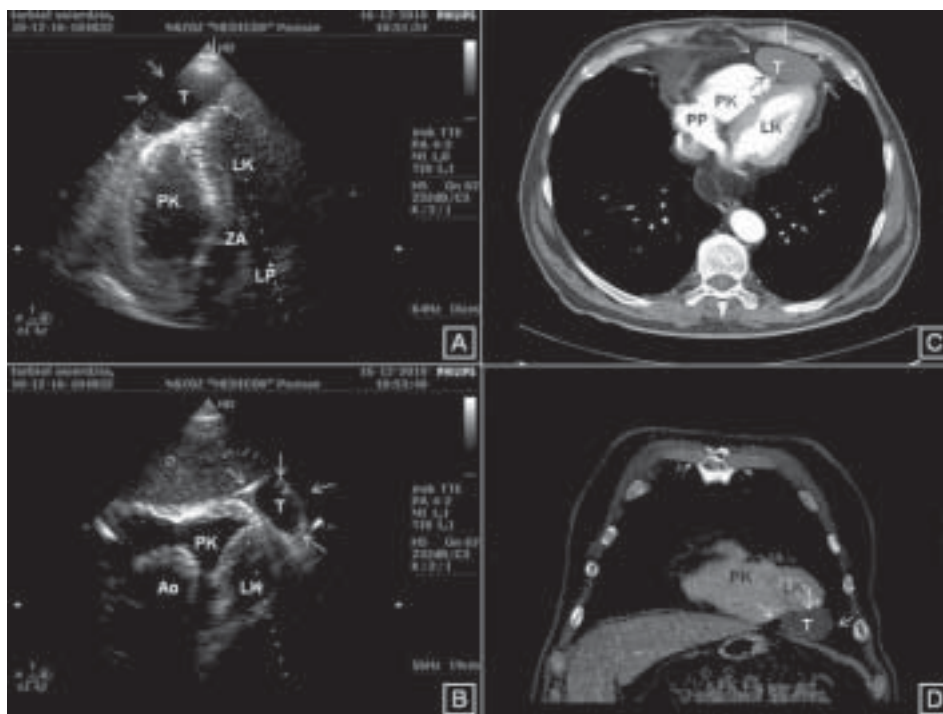
Torbiele osierdzia są zmianami najczęściej bezobjawowymi, wykrywanymi przypadkowo w czasie badania radiologicznego klatki piersiowej. Duże torbiele można zidentyfikować w czasie badania echokardiograficznego. Niekiedy zmiany torbielowe mogą powodować różne dolegliwości — najczęściej bóle zamostkowe, duszność i kaszel. Opisano pojedyncze przypadki ucisku na jamy serca, pęknięcia torbieli, arytmii i zgonu [3, 4]. Ściana torbieli osierdziowej jest zbudowana z komórek mezotelialnych, które mogą produkować klarowny płyn.

Diagnostyka obrazowa obejmuje badanie echokardiograficzne, tomografię komputerową (CT) i rezonans magnetyczny (NMR). W niektórych przypadkach konieczne jest rozszerzenie TTE o badanie przezpręłykowe, pozwalające odróżnić torbiel od nagromadzenia tkanki tłuszczowej, tę-

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

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 1. **A, B.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne; **A.** Zmodyfikowana projekcja przymostkowa 5-jamowa; **B.** Projekcja podmostkowa; **C, D.** Badanie 64-rzędowym tomografem komputerowym; LK — lewa komora; PK — prawa komora; LP — lewy przedsionek; PP — prawy przedsionek; ZA — zastawka aortalna; Ao — aorta wstępująca; T — torbiel; strzałkami zaznaczono ściany torbieni

niaka aorty lub guzów litych. Badania CT i NMR umożliwiają precyzyjną ocenę kształtu i lokalizacji torbieni oraz jej położenia względem innych struktur śródpiersia [5]. W badaniu NMR zmiany torbielowate dają większe wzmocnienie obrazów T_2 -zależnych. Inną przewagą badania NMR, w porównaniu z CT, jest brak na ogół konieczności podania środka kontrastowego [6].

Leczenie torbieni osierdzia jest zarezerwowane dla dużych i objawowych zmian. W zależności od lokalizacji i warunków anatomicznych leczenie obejmuje kardiochirurgiczne lub torakoskopowe wycięcie torbieni, a w niektórych przypadkach przezskórną aspirację jej zawartości [7–9].

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Takeda S, Miyoshi S, Minami M et al. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest*, 2003; 124: 125–123.
2. Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors: part II. Tumors of the middle and posterior mediastinum. *Chest*, 1997; 112: 1344–1572.
3. Patel J, Park C, Michaels J, Rosen S, Kort S. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography*, 2004; 21: 269–272.
4. Fredman CS, Parsons SR, Aquino TI, Hamilton WP. Sudden death after a stress test in a patient with a large pericardial cyst. *Am Heart J*, 1994; 127: 946–950.
5. O’Leary SM, Williams PL, Williams MP et al. Imaging the pericardium: appearances on ECG-gated 64-detector row cardiac computed tomography. *Br J Radiol*, 2010; 83: 194–205.
6. Bastarrika G, De Cecco CN, Arraiza M et al. Morphological and functional evaluation of intrapericardial cyst as a cause of severe right heart failure: dual source computed tomography and magnetic resonance imaging. *J Cardiovasc Med*, 2009; 10: 363–364.
7. Lentini S, Monaco F, Tancredi T et al. Surgical treatment of pericardial cyst through median sternotomy. *Minerva Chir*, 2009; 64: 105–109.
8. Samuels LE, Cassano A. Videoscopic resection of a giant symptomatic pericardial cyst: case report. *Heart Surg Forum*, 2005; E83–E84.
9. Sharma R, Harden S, Peebles C, Dawkins KD. Percutaneous aspiration of a pericardial cyst: an acceptable treatment for a rare disorder. *Heart*, 2007; 93: 22.