

Występowanie, rozpoznanie i leczenie śluzaków

dr hab. n. med. Mirosław Brykczyński

Klinika Kardiologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin



Śluzaki są najczęściej operowanymi nowotworami serca. Niska śmiertelność okołoperacyjna i rzadkie wznowy sprawiają, że powszechnie uważa się, iż rokowanie jest dobre. Komentowana praca z Poznania [1] omawia wyniki leczenia 64 chorych w ciągu 28 lat. Według mnie tak duży materiał skłania do podsumowań i wniosków dotyczą-

cych występowania, rozpoznawania i leczenia śluzaków.

W cytowanej przez autorów pracy MacGowana śluzaki są rzadkim powodem operacji serca (0,5/milion/rok), ale jest to praca z lat 90. [2]. W Poznaniu śluzaki były częściej przyczyną takich operacji (0,67/milion/rok). Biorąc pod uwagę to, że przedstawiony materiał pochodzi tylko z jednego ośrodka, można przyjąć, że w rzeczywistości są one jeszcze częstszym powodem interwencji chirurgicznych. Liczba operacji wykonywanych corocznie z tego powodu w ośrodkach niemieckich sięga 3 na każdy milion mieszkańców [3]. Nie ma w Polsce osobnego rejestru dotyczącego częstości operowania śluzaków. Według danych z raportu KROK w 2010 r. operacje nowotworów serca i osierdzia były powodem 141 operacji kardiologicznych (3,7/milion/rok). Śluzaki są przyczyną 0,3–0,35% operacji serca z użyciem krążenia pozaustrojowego w Europie [3, 4]. Odnosząc te proporcje do liczby wykonywanych w Polsce operacji serca można przyjąć, że z tego powodu wykonuje się 1,6 operacji serca na każdy milion mieszkańców. Wszystkie te dane wskazują, że obecnie śluzaki są operowane 3–6-krotnie częściej niż w przeszłości, a postęp w tej dziedzinie zawdzięczamy diagnostyce.

Autorzy w swojej pracy diagnozę wszystkich operowanych śluzaków oparli na badaniu USG. Rozpoznanie na podstawie charakterystycznego obrazu w badaniu USG może wydawać się łatwe. Patrząc wstecz, musimy pamiętać, że pierwsze rozpoznania guzów serca ustalano na podstawie cewnikowania jam serca [4]. Dwadzieścia lat temu rozpoczęła swoją dominację technika badania przezklatkowego, a od 10 lat nieodzowne stało się wykonanie badania przezprzłykowe. Dzisiaj coraz częściej sięga się po zaawansowane komputerowe techniki obrazowania, takie jak rezonans magnetyczny. Trzeba pamiętać, że śluzaki to tylko część z rozpoznawanych guzów wewnątrzsercowych [5]. Dlatego też zawsze przed podjęciem decyzji o operacji konieczna jest pogłębiona diagnostyka. Częstsze występowanie choroby wieńcowej u tych chorych obliuguje do wykonania koronarografii [6]. Badanie naczyniowe przynosi nie tylko informacje o stanie

naczyń wieńcowych, ale również może uwidoczniać unaczynienie guza.

Wzrost każdego guza od chwili powstania do pojawienia się objawów to długotrwały proces. Ważną informacją podaną przez autorów jest długi, bo ponad 54-dniowy okres, jaki upłynął od momentu pojawiania się objawów do postawienia diagnozy. Rozpoznanie ruchomego guza w przedsiomku skłania do decyzji o przystąpieniu do leczenia operacyjnego z obawy przed zatorowością lub zablokowaniem ujścia przez przemieszczający się guz. W omawianej pracy powikłania zatorowe odnotowano w 26% przypadków, a dominowały objawy niewydolności serca (63%). Ze względu na rzadkie występowanie trudno oszacować, jak duże jest naprawdę ryzyko nagłego zgonu lub ciężkiego zatoru. Zdaniem autorów austriackich ryzyko to rośnie wraz z: pojawieniem się tachyarytmii, lokalizacją zmiany w okolicy zastawki mitralnej i w przypadku, gdy guz przemieszcza się przez pierścienie zastawki [4]. Istotną jest też konsystencja i wielkość guza. Występowanie zaburzeń rytmu u chorych z objawami niewydolności serca jest częste i jeszcze w okresie przedoperacyjnym można je odnotować u ponad 30% osób. Część lekarzy uważa, że operację powinno się wykonać natychmiast [4]. Czasami trudno uzasadnić ten pośpiech, tym bardziej że w przypadku ruchomych skrzeplin lub wegetacji jesteśmy zdecydowanie mniej radykalni. Zastosowana przez autorów kwalifikacja do operacji w trybie przyspieszonym (1–4 dni), ale po wykonaniu wszystkich koniecznych badań, dała doskonałe wyniki i dlatego na pewno jest godna polecenia u chorych z małym ryzykiem wystąpienia powikłań.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Perek B, Misterski M, Stefaniak S, Ligowski M, Puślecki M, Jemielity M. Early and long-term outcome of surgery for cardiac myxoma: experience of a single cardiac surgical centre. *Kardiologia Pol*, 2011; 69: 558–564.
2. MacGowan SW, Sidhu P, Aherne T et al. Atrial myxoma: national incidence, diagnosis and surgical management. *Ir J Med Sci*, 1993; 162: 223–226.
3. Reyen K, Rober U, Daniel WG et al. Heart operations for heart tumors in Germany — results of 1996 survey. *Z Kardiologia*, 1998; 87: 331–335.
4. Keeling IM, Oberwalder P, Anelli-Monti M et al. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2002; 22: 971–977.
5. Wojtarowicz A, Brykczyński M, Kornacewicz-Jach Z et al. Guzy wewnątrzsercowe. Analiza 29 chorych. *Kardiologia Pol*, 2000; 52: 49–53.
6. Brykczyński M, Mokrzycki K, Borowik-Puchała M. Współistnienie śluzaków serca z chorobą niedokrwienną serca. *Pol Przegl Chir*, 1999; 71: 1260–1263.