

# Śluzak lewego przedsionka

dr hab. n. med. Wojciech A. Kustrzycki

Klinika Chirurgii Serca, Akademia Medyczna, Wrocław



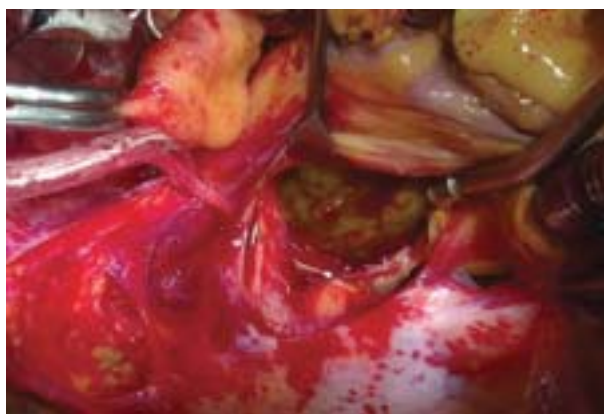
Wiedza na temat guzów serca sięga XVI wieku. Pierwsze przyżyciowe rozpoznanie ustalono w 1951 r. z zastosowaniem angiografii [1]. Przed erą ultrasonografii wstępna diagnoza opierała się głównie na obrazie klinicznym (niewydolność serca, zatory obwodowe). Guz lewego przedsionka, obturując zastawkę mitralną, może być źródłem objawów charaktery-

stycznych dla jej stenozy. W epoce ultrasonograficznych i radiologicznych metod obrazowania rozpoznanie jest łatwo dostępne i precyzyjne, choć poznanie charakteru guza i różnicowanie go z zakrzepem są możliwe dopiero z zastosowaniem badania histopatologicznego. Najczęstszą lokalizacją zmiany jest lewy przedsionek, a typowym, choć nie jedynym rodzajem rozrostu — śluzak (ryc. 1). Postawienie diagnozy jest wskazaniem do pilnego leczenia operacyjnego, szczególnie gdy są obecne objawy kliniczne. Selkane i wsp. [2] kwestionują jednak konieczność natychmiastowej interwencji, sugerując zasadność przeprowadzenia wielokierunkowej diagnostyki przedoperacyjnej, zwłaszcza u starszych chorych z rozpoznaniem guzem o niewielkich (< 2 cm średnicy) rozmiarach. Śluzak może być otorbiony lub mieć strzępiastą strukturę. Jest zawsze uszypułowany (ryc. 2), wychodząc najczęściej z przegrody międzyprzedsionkowej.

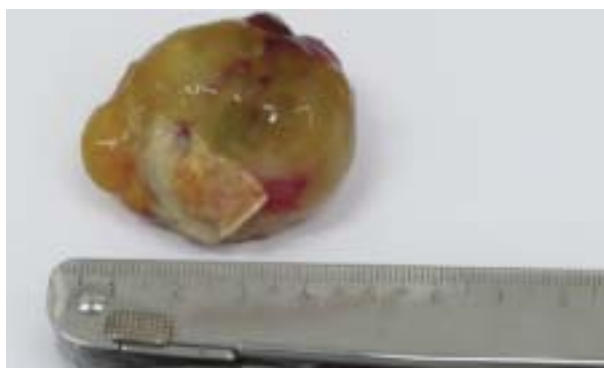
Technika chirurgiczna polega na usunięciu guza wraz z szypułą, której szerokość zmusza czasem do resekcji części przegrody międzyprzedsionkowej i uzupełnienia ubytku za pomocą łaty. Precyzja zabiegu służy jego radykalności. Przy strzępiastej budowie guza należy zachować szczególną ostrożność w celu uniknięcia powikłań zatorowych.

W komentowanej pracy [3] przedstawiono duży materiał kliniczny obejmujący 74 pacjentów operowanych w okresie 10 lat. Uwagę zwraca pooperacyjne rozpoznanie zakrzepu aż w 11 przypadkach. Względnie wysoka śmiertelność operacyjna (8%) jest uzasadniona wyjściowym ciężkim stanem pacjentów i chorobami współistniejącymi. W opublikowanym w ubiegłym roku materiale dotyczącym 29 chorych leczonych w naszym ośrodku w latach 1999–2008 nie zanotowano zgonu operacyjnego ani wznowy rozrostu [4]. Dwa zgony w obserwacji odległej nie były związane z chorobą serca.

Osobnym zagadnieniem jest szybkość postawienia diagnozy i określenia wskazań do leczenia operacyjnego. Z przedstawionego materiału oraz z moich doświadczeń wynika, że od pierwszych objawów do określenia ostatecznego rozpoznania minęło nawet wiele miesięcy. Z kolei sprecyzowanie wskazań jest sygnałem do pilnego, a czasem natychmiastowego działania. Rysuje się tu pewna sprzeczność. Ważnym



Rycina 1. Śluzak w lewym przedsionku



Rycina 2. Guz po wydobyciu z widocznym przyczepem

przesłaniem powyższego artykułu niech będzie zatem wyzulenie na możliwość wystąpienia tego rzadkiego, ale bardzo niebezpiecznego schorzenia.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Kirklin JW, Barratt-Boyes BG. Aortic valve disease. In: Kouchoukos NT, Blackstone EH, Doty DB, Hanley FL, Karp RB eds. Cardiac surgery. Elsevier-Science, Philadelphia 2003: 1680–1688.
2. Selkane Ch, Amahzoune B, Chavanis N et al. Changing management of cardiac myxoma based on a series of 40 cases with long-term follow-up. *Ann Thorac Surg*, 2003; 76: 1935–1938.
3. Gaszewska-Żurek E, Żurek P, Wilczyński M et al. Cardiac myxoma — clinical presentation and long-term post-operative follow-up. *Kardiolog Pol*, 2011; 69: 329–334.
4. Rachwalik M, Obremska M, Goździk A et al. Cardiac myxoma: 10 years' experience in 29 patients operated on with crystalloid cardioplegia — short- and long-term results. *Kardiolog Torakochir Pol*, 2010; 7: 23–26.