

Bezobjawowy śluzak lewej komory wychodzący z nici ścięgnistej – opis przypadku

Asymptomatic left ventricular myxoma located on the chordae tendinae – a case report

Ireneusz Jedliński¹, Małgorzata Duszyńska¹, Jan Wojna², Tomasz Wardęga³, Paweł Bugajski⁴, Eugeniusz Kaszkowiak⁴, Kajetan Poprawski⁵, Marek Słomczyński¹

¹ Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, Poznań

² Poradnia Kardiologiczna, Szpital im. J. Strusia, Poznań

³ Poradnia Kardiologiczna, Pleszew

⁴ Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, Poznań

⁵ II Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Abstract

A rare case of left ventricular myxoma in a 55-year-old woman, located on the chordae tendinae of posteromedial papillary muscle, is presented. The tumor was visualised by the transthoracic and transesophageal echocardiography examination. The woman was selected for surgery. The left ventricular tumor was completely resected via left atrium and diagnosed histologically as myxoma.

Key words: heart myxoma, myxoma of the left ventricle

Kardiologia Polska 2009; 67: 561-563

Wstęp

Śluzaki to najczęściej występujące pierwotne, histopatologicznie łagodne nowotwory serca. Według wielu autorów punktem wyjścia tych guzów są komórki mezenchymalne wsierdza. Obecność śluzaków stwierdza się na ogół przypadkowo. Najczęściej występują one w lewym przedsionku, najrzadziej w komorach serca. W bardzo rzadkich przypadkach wyrastają ze strun ścięgniętych zastawki mitralnej [1].

Poniżej przedstawiamy przypadek chorej ze śluzakiem lewej komory.

Opis przypadku

Kobieta 55-letnia została skierowana do poradni kardiologicznej z powodu uczucia niemiernego bicia serca. W procesie diagnostycznym chorą skierowano na przekłatkowe badanie echokardiograficzne. Podczas badania stwierdzono obecność ruchomego, owalnego echa o wymiarach 25 × 26 mm tuż pod tylnym płatkem zastawki mitralnej od strony lewej komory (LV) (Rycina 1).

Ze względu na niemożność oceny punktu wyjścia guza oraz jego relacji z tylnym płatkem zastawki mitralnej wykonano przezprzetykowe badanie echokardiograficzne (Rycina 2.). Potwierdzono obecność uszypułowanego gu-

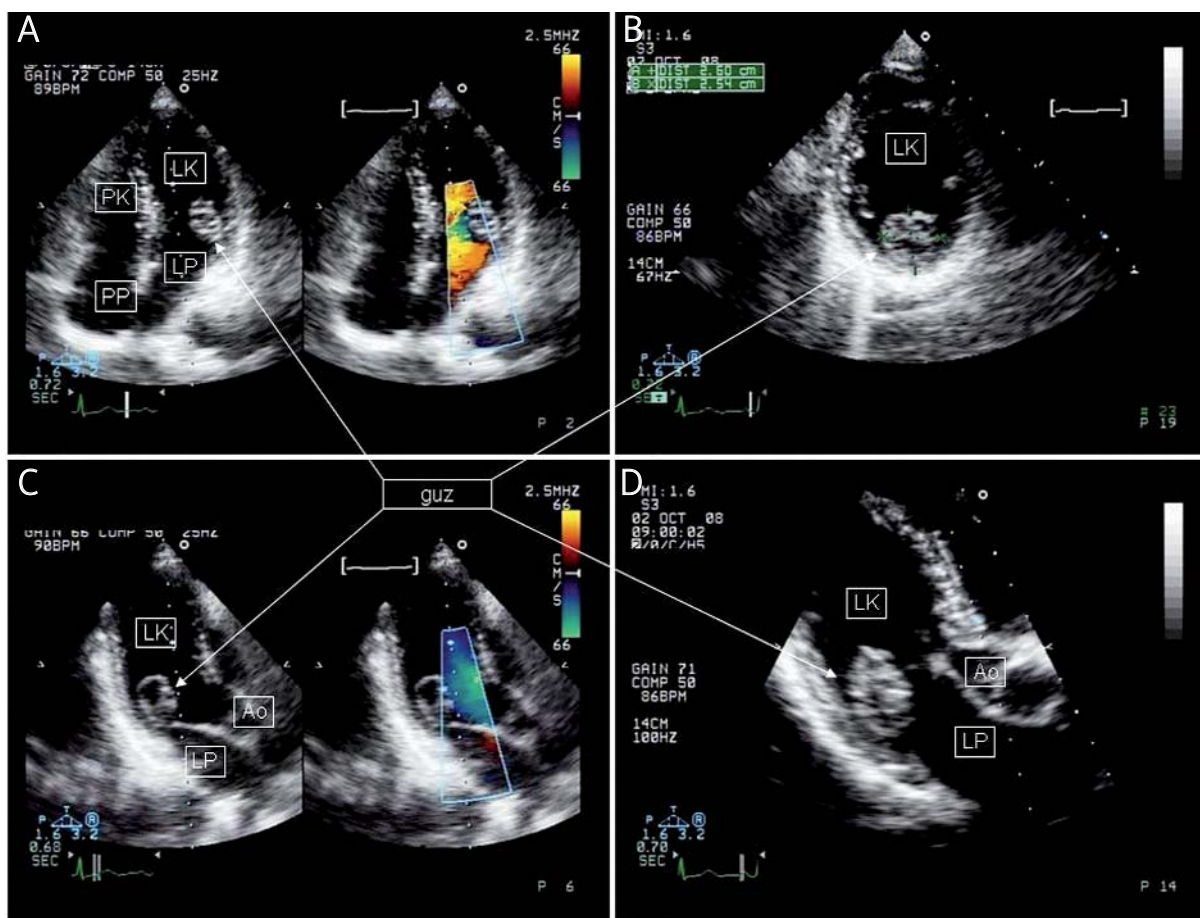
za wychodzącego ze struny ścięgniętej mięśnia brodawkowatego tylnopryśrodkowego. Guz nie był związany z tylnym płatkem zastawki mitralnej i nie wpływał istotnie na jego ruchomość. W badaniu dopplerowskim nie stwierdzono zaburzeń przepływu w drodze napływu LV (Rycina 2. C). W obrazowaniu z zastosowaniem doplera tkankowego stwierdzono odmienny kierunek ruchu oraz prędkość guza od otaczających go struktur. Nie stwierdzono obecności innych mas patologicznych w LV ani w pozostałych jamach serca.

Z rozpoznaniem wstępnym śluzaka LV chorą w trybie przyspieszonym skierowano na zabieg kardiologiczny usunięcia guza.

Ze względu na mały rozmiar LV zabieg resekcji przeprowadzono z dojścia przez lewy przedsionek oraz zastawkę mitralną. Po rozchyleniu płatków mitralnych uwidocznił guz w kształcie kiści winogron, który był przytwierdzony za pomocą krótkiej szypuły do jednej z nici ścięgniętych. Usunięto masę guza wraz ze struną ścięgniętą. W badaniu histopatologicznym uzyskano obraz typowy dla śluzaka. W okresie pooperacyjnym pojawił się przejściowy blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, który leczono czasową stymulacją endokawitarną. Chorą w stanie ogólnym dobrym wypisano ze szpitala.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61-833 Poznań, tel.: +48 61 858 56 00, e-mail: irejed@wp.pl



Rycina 1. Przekłatkowe badanie echokardiograficzne. **A** – projekcja koniuszkowa czterojamowa, **B** – projekcja przymostkowa w osi krótkiej na wysokości mięśni brodawkowatych, **C** i **D** – zmodyfikowana projekcja przymostkowa w osi długiej. Opis w tekście

LP – lewy przedsionek, LK – lewa komora, PP – prawy przedsionek, PK – prawa komora, Ao – aorta

Omówienie

Objawy śluzaka mogą się różnić w zależności od jego lokalizacji w jamie LV oraz wielkości LV [2]. Śluzaki wychodzące z wsierdzia części odpływowej przegrody międzykomorowej mogą naśladować zwężenie drogi odpływu LV lub zastawki aortalnej. Duże uszypułowane guzy wychodzące z wolnej ściany LV często zaburzają napełnianie LV. Śluzaki zlokalizowane w koniuszku LV są zazwyczaj bezobjawowe.

Śluzaki są częstą przyczyną powikłań zatorowych w obrębie centralnego układu nerwowego [3].

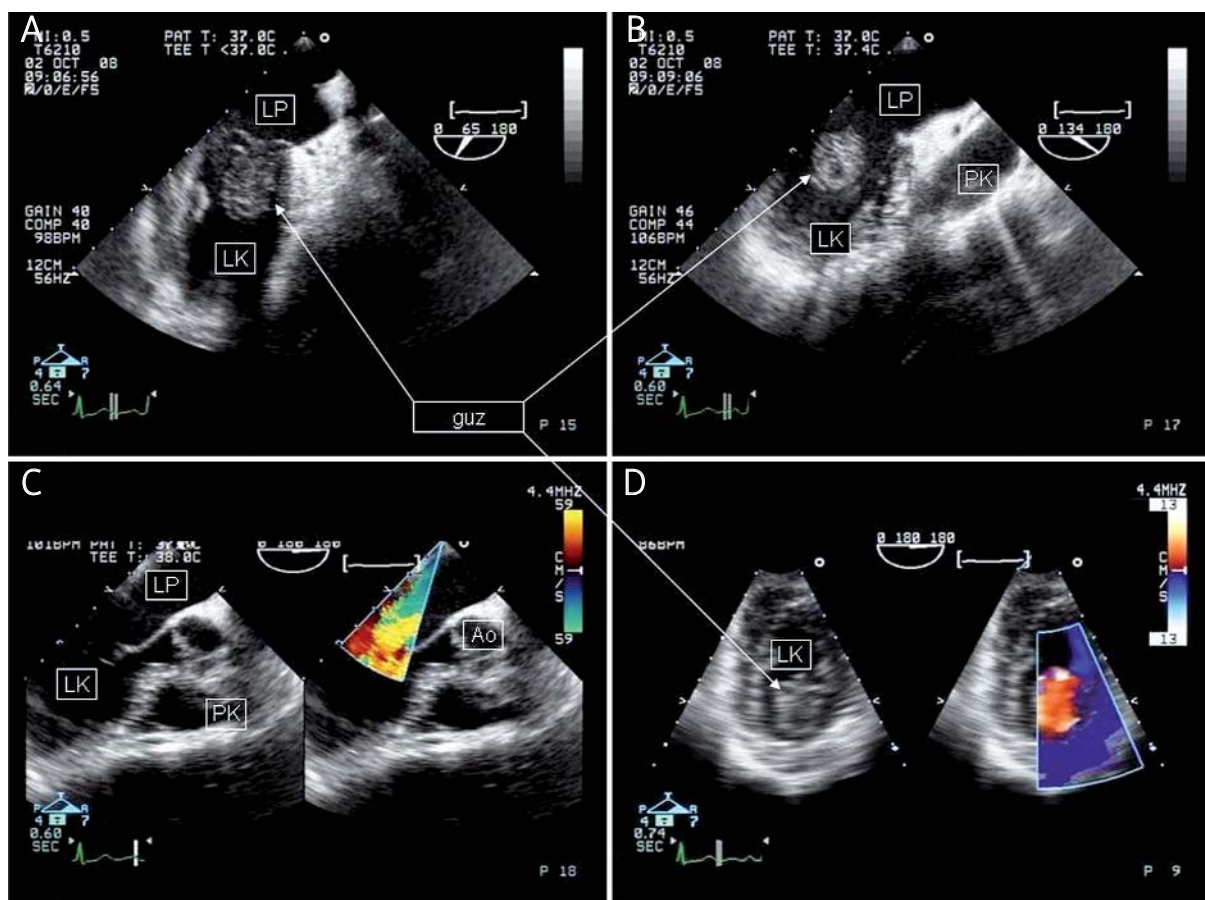
U naszej chorej, pomimo bliskiego sąsiedztwa tylnego płata zastawki mitralnej, nie doszło do jej dysfunkcji. Chora nie odczuwała objawów związanych z obecnością guza.

U 8% chorych ze śluzakiem występuje jego postać mnoga, co należy uwzględnić w procesie diagnostycznym oraz w czasie zabiegu, dokładnie kontrolując wszystkie ja-

my serca. Wskazane jest także badanie echokardiograficzne członków najbliższej rodziny, gdyż nowotwory te występują rodzinnie w 10% przypadków [4]. Przyczyną zespołu Carneya (w skład którego wchodzi także guzy jąder, przysadki, zespół Cushinga, znamiona błękitne na skórze) jest mutacja w obrębie genu kodującego kinazę proteinową typu 1 α na chromosomie 17 [5]. Obecność identycznej mutacji stwierdzono również u chorych z izolowaną postacią śluzaka serca [6].

Ze względu na kruchą strukturę guza, a co za tym idzie – duże ryzyko zatorowości (szczególnie w obrębie ośrodkowego układu nerwowego), zabiegi usunięcia śluzaków należy wykonywać w możliwie najkrótszym czasie od momentu rozpoznania [7].

Z powodu możliwości wznowy guza konieczna jest okresowa kontrola echokardiograficzna chorych przez okres co najmniej 15 lat od zabiegu.



Rycina 2. Przezprętkowe badanie echokardiograficzne. **A i B** – projekcja przętkowa środkowa 65°, **C** – projekcja przętkowa środkowa 180°, **D** – projekcja żołądkowa na wysokości mięśni brodawkowatych – technika doplera tkankowego. Opis w tekście

LP – lewy przedsionek, LK – lewa komora, PK – prawa komora, Ao – aorta

Piśmiennictwo

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol* 1996; 77: 107.
2. Scott N, Veinot JP, Choan KL. Symptoms of cardiac myxoma. *Chest* 2003; 2408.
3. Lee VH, Connolly HM, Brown RD. Central nervous system manifestation of cardiac myxoma. *Arch Neurol* 2007; 64: 1115-20.
4. Gray IR, Williams WG. Recurring cardiac myxoma. *Br Heart J* 1985; 53: 645-9.
5. Kirschner LS, Sandrini F, Monbo J, et al. Genetic heterogeneity and spectrum of mutation of PRKARIA gene in patients with Carney complex. *Hum Mol Genet* 2000; 9: 3037-46.
6. Mabuchi T, Shimizu M, Yamguchi M, et al. PRKARIA1A mutation in patient with cardiac myxoma. *Int J Cardiol* 2005; 102: 273-7.
7. SelVane C, 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: 1935-8.