

Duży śluzak lewego przedsionka przebiegający jako uogólniona reakcja zapalna – opis przypadku

Large myxoma of the left atrium presenting as systemic inflammatory syndrome – a case report

Andrzej Ignatowicz¹, Grażyna Orlicz-Szczęsna¹, Andrzej Wysokiński²

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny, Lublin

² Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Kardiologia Polska 2008; 66: 903-905

Wstęp

Nowotwory serca występują stosunkowo rzadko. Nowotwory łagodne stwierdza się w ok. 0,02% badań sekcyjnych [1]. Rozpoznanie ich jest trudne, ponieważ nie powodują swoistych dolegliwości i często przez długi okres choroba rozwija się bezobjawowo. Pierwszymi objawami guzów pierwotnych mogą być: niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, epizody zatorowe. Pomimo że nowotwory pierwotne serca są histopatologicznie łagodne, część z nich może wykazywać kliniczne cechy złośliwości [2]. Poniżej przedstawiamy opis przypadku dużego śluzaka lewego przedsionka przebiegającego jako uogólniona reakcja zapalna.

Opis przypadku

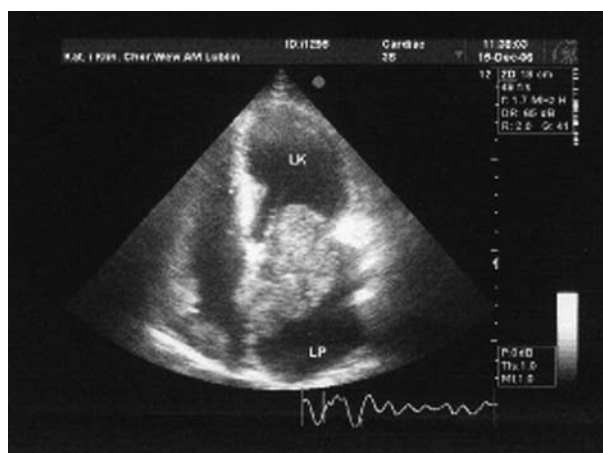
Chora w wieku 63 lat, ze stwierdzonym w kilkulatnim wywiadzie nadciśnieniem tętniczym, po przebytej przed 8 laty strumektomii z powodu wola guzowatego, została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych w celu diagnostyki związanej z osłabieniem, stanem podgorączkowym (do 38°C), utratą masy ciała (kilka kilogramów w ciągu ostatnich 4 mies.), a także obecnością we krwi podwyższonych nieswoistych markerów zapalenia – białko C-reaktywne (CRP) 150 mg/l (norma 0–10), OB 80 mm po 1 godz., fibrynogen 970 mg%. Ponadto, od 1997 do 1999 r. kobieta była diagnozowana z powodu podejrzenia choroby niedokrwiennej serca (wykonano wówczas m.in. próbę wysiłkową EKG, scyntyografię wysiłkową serca), przeprowadzono również dwukrotnie (1998 i 1999 r.) badanie echokardiograficzne przezklatkowe (TTE), które oprócz niewielkiej ilości płynu w osierdziu nie wykazało istotnej patologii.

W ramach sekwencyjnej diagnostyki wykonano TTE, które w powiększonym lewym przedsionku (LA) wykazało

obecność dużej, guzowatej masy, związanej z przegrodą międzyprzedsionkową, która w rozkurczu wklinała się w otwartą zastawkę mitralną (Rycina 1). Guz ten powodował czynnościową stenozę mitralną (Rycina 2.), jednak bez istotnych zaburzeń hemodynamicznych.

Uzyskany w badaniu TTE obraz przemawiał za obecnością dużego śluzaka (biorąc pod uwagę lokalizację guza), co potwierdziło także badanie echokardiograficzne przezprzełykowe (TEE) (Rycina 3.).

Przed przeniesieniem chorej na oddział kardiokirurgii w celu wykonania pilnego zabiegu operacyjnego wycięcia guza, wykonano koronarografię, która wykazała obecność dobrze unaczynionego guza – gałęzie od prawej tętnicy wieńcowej (RCA) i lewej tętnicy wieńcowej (LCA), przetoka tętniczo-żylna w obrębie guza. Nie stwierdzono istotnych zmian w naczyniach nasierdziowych (Rycina 4.).

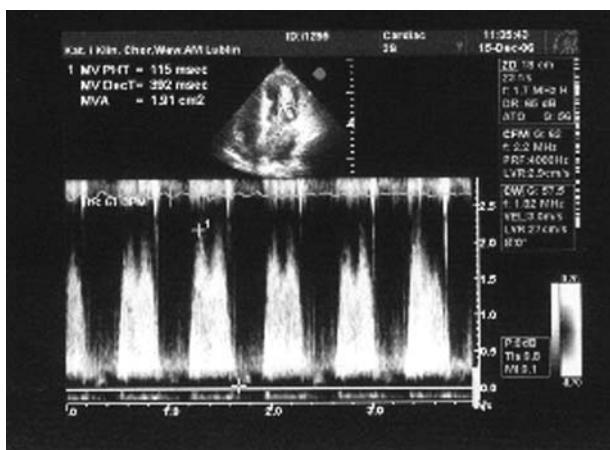


Rycina 1. Masa guzowata w obrębie lewego przedsionka w rozkurczu

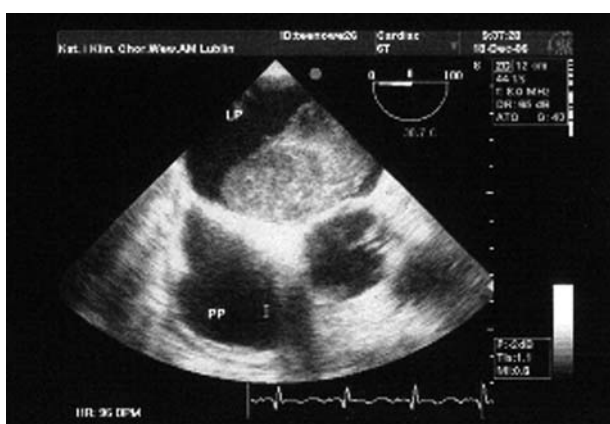
LK – lewa komora, LP – lewy przedsionek

Adres do korespondencji:

lek. med. Andrzej Ignatowicz, Klinika Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny, ul. Koncertowa 9/52, 20-843 Lublin, tel.: +48 66 832 77 92, e-mail: andrzej44@onet.eu



Rycina 2. Spektrum prędkości napływu mitralnego



Rycina 3. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe, projekcja przezprzetykową środkową 0°, guz w lewym przedsionku wychodzący z przegrody międzyprzedsionkowej w okolicy dołu owalnego LP – lewy przedsionek, PP – prawy przedsionek

W trakcie operacji kardiologicznej wycięto guz z lewego przedsionka w kolorze brązowobrunatnym i o śluzowej konsystencji (o wymiarach 7 × 6 × 4 cm), który makroskopowo odpowiadał śluzakowi, co potwierdziło także badanie histopatologiczne. U chorej nie stwierdzono istotnych powikłań w przebiegu okołoperacyjnym.

Badanie podczas wizyty kontrolnej (ok. 6 mies. po operacji) wykazało ustąpienie wszystkich wcześniej zgłaszanych dolegliwości, zmniejszenie wskaźników stanu zapalnego – OB 24 po 1 godz., CRP 10 mg/l, w badaniu TTE nie wykryto cech wznowy guza.

Omówienie

Śluzak jest najczęstszym nowotworem pierwotnym serca (ok. 50% wszystkich guzów serca u dorosłych) [1]. Wstępuje nieco częściej u kobiet (ok. 70%), głównie w 3.–6. dekadzie życia [2]. Rośnie dość szybko, osiągając czasem duże rozmiary (1–15 cm) i wagę (8–180 g) [1]. Guzy mają gładką powierzchnię, barwę białą, żółtawą lub brązową. Mogą być pokryte drobnymi skrzeplinami lub wykazywać samoistną



Rycina 4. Obraz angiograficzny patologicznego unaczynienia masy guzowatej przez gałąź odchodzącą od prawej tętnicy wieńcowej

fragmentaryzację, co sprzyja powikłaniom zatorowym. Guz wyrasta najczęściej z okolicy dołu owalnego w lewym przedsionku (70–75%) [2], możliwa jest jednak także każda inna lokalizacja (prawy przedsionek, komory serca, powierzchnie zastawek). Większość śluzaków jest początkowo bezobjawowa, a jeśli objawy występują, to są niespecyficzne, dlatego często są one wykrywane przypadkowo podczas badania echokardiograficznego przeprowadzanego z innego powodu. Objawy, które może wywoływać śluzak, to: duszności, omdlenia, kołatanie serca, bóle w klatce piersiowej, objawy zatorowości, obrzęki. Niektóre mogą powodować wydzielenie cytokin prozapalnych wywołujących objawy uogólnionej reakcji zapalnej (gorączka, utrata masy ciała, wzrost OB, CRP, nadpłytkowość lub małopłytkowość, leukocytoza, niedokrwistość), tak jak w opisywanym przypadku [1, 3].

W diagnostyce różnicowej stanów przebiegających z obrazem uogólnionego zapalenia należy brać pod uwagę przede wszystkim infekcyjne zapalenie wsierdzia, zwłaszcza gdy stwierdza się obecność w sercu masy guzowatej zlokalizowanej w miejscach mniej typowych niż te, w których występują śluzaki (np. okolice zastawek serca). Należy także pamiętać, że podobny obraz kliniczny występuje w wielu innych stanach chorobowych, w których może dojść także do zajęcia serca (np. choroby układu tkanki łącznej, bakteriemia, nacieki białaczkowe).

W ok. 10% przypadków śluzak występuje rodzinnie (kompleks Carneya) i dziedziczny się w sposób autosomalny dominujący. U części tych chorych śluzaki mogą występować wieloogniskowo (w przedsionkach i komorach) i mają tendencję do nawrotów po resekcji [1, 2].

Badanie TTE w większości przypadków pozwala na właściwe ustalenie rozpoznania śluzaka na podstawie

opisanych cech morfologicznych (lokalizacja, ruchomość), jednak w pewnych sytuacjach trudne jest różnicowanie nieuszypowanego śluzaka ze skrzepliną lub innymi guzami serca. Przydatne jest wówczas badanie TEE lub inne badania obrazowe – tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI) [1], choć czasem ostateczne rozpoznanie może nastąpić dopiero po badaniu histopatologicznym. W opisie badania echokardiograficznego należy uwzględnić lokalizację, wielkość, morfologię, ruchomość śluzaka i jego relację do ujścia przedsionkowo-komorowego.

Stwierdzenie śluzaka powodującego obturację ujścia przedsionkowo-komorowego jest wskazaniem do natychmiastowej operacji. Również w innych przypadkach nie należy opóźniać zabiegu z powodu dużego ryzyka zatorowości i szybkiego wzrostu guza. Zalecane jest także bada-

nie echokardiograficzne innych członków rodziny ze względu na możliwość rodzinnego występowania śluzaka. Po operacji wskazana jest okresowa kontrola pod kątem ewentualnej wznowy guza, do której dochodzi średnio 4 lata po zabiegu [1].

Piśmiennictwo

1. Sabatine MS, Colucci WS, Schoen FJ. Pierwotne guzy serca. In: Braunwald E, Bonow RO, Zipes PD, et al. Choroby serca. *Elsevier Urban & Partner*, Wrocław 2007.
2. Gackowski A, Podolec P. Guzy serca i pozasercowe guzy śródpiersia. In: Podolec P, Tracz W, Hoffman P. Echokardiografia praktyczna tom III. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005.
3. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)* 2001; 80: 159-72.