

Zatorowość płucna u kobiety z guzem prawego przedsionka – opis przypadku

Pulmonary embolism in a patient with a right atrial tumor – case report

Anna Wójcik, Anna Klisiewicz, Julita Niewiadomska, Wojciech Dyk, Piotr Hoffman

Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiologia Pol 2008; 66: 580-582

Wstęp

Zamknięcie lub zwężenie tętnicy płucnej lub części jej rozgałęzień przez materiał zatorowy, którym najczęściej są skrzepliny, w przebiegu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej prowadzi do zatorowości płucnej. Do znacznie rzadszych przyczyn zatorów należą: płyn owodniowy, powietrze, tkanka tłuszczowa, masy nowotworowe, ciała obce (jako materiał do embolizacji) [1]. Przedstawiamy przypadek zatorowości płucnej w przebiegu nowotworu prawej nerki.

Opis przypadku

Kobieta 72-letnia, z nadciśnieniem tętniczym, otyłością, kamicą pęcherzyka żółciowego, zapaleniem osierdzia w wywiadach, po przebytych tydzień wcześniej epizodzie ostrej zatorowości płucnej została przeniesiona do Instytutu Kardiologii z powodu podejrzenia skrzepliny w prawym przedsionku (RA). Na podstawie przeprowadzonej w szpitalu macierzystym diagnostyki obrazowej [ultrasonografia i tomografia komputerowa (CT) jamy brzusznej] rozpoznano guz prawej nerki oraz potwierdzono obecność materiału zatorowego w obrębie obydwu gałęzi tętnicy płucnej. W wykonanym przy przyjęciu na Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu Kardiologii przytóżkowym przekłatkowym badaniu echokardiograficznym (TTE) zarejestrowano w obrębie RA obecność owalnego, balotującego tworu o wymiarach 2,1 × 1,8 cm związanego z centralną częścią przegrody międzyprzedsionkowej (Rycina 1.). Ponadto stwierdzono poszerzenie jamy prawej komory (RV) z zaburzeniami kurczliwości podstawnego i środkowego segmentu jej wolnej ściany oraz skrócenie czasu akceleracji przepływu w pniu płucnym do 50 ms. Bardzo trudne anatomiczne warunki badania uniemożliwiały dokładną ocenę żyły głównej dolnej. Wobec stabilnego stanu klinicz-

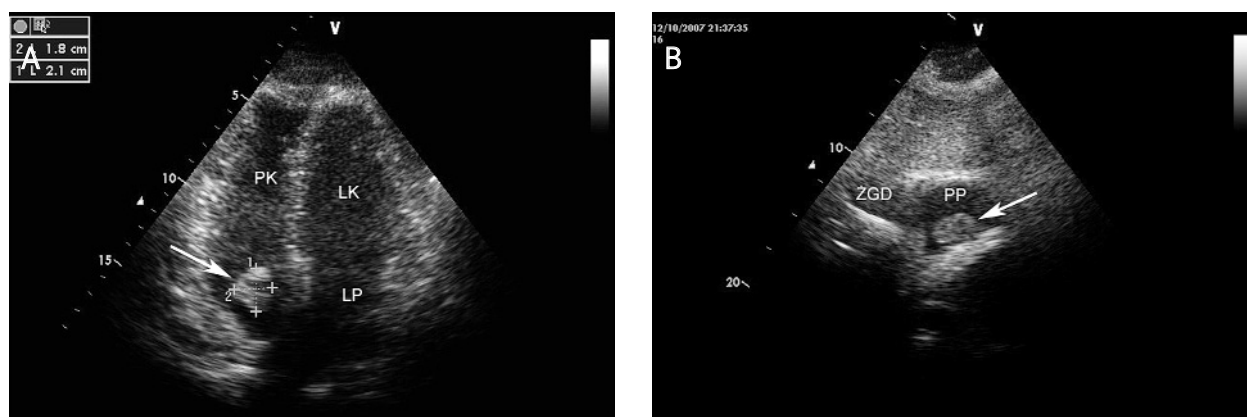
nego chorej (bez duszności, bez cech niewydolności serca) nie podjęto decyzji o operacji w trybie natychmiastowym do czasu uzupełnienia diagnostyki. Kontynuowano leczenie heparyną drobnocząsteczkową. W kolejnym badaniu CT stwierdzono rozległy naciek nowotworowy prawej nerki wrastający do żyły nerkowej. W obrębie żyły głównej dolnej widoczne były rozsiane przyścienne ubytki zakontrastowania sięgające do RA, w którym uwidoczono nieprawidłową masę o wymiarach 5,6 × 2 cm, bez cech wzmocnienia po podaniu kontrastu, odpowiadającą najprawdopodobniej skrzeplinie. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym wykonanym w Pracowni Echokardiografii Klinicznej Kliniki Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii po 10 dniach intensywnego leczenia heparyną uwidoczono ponownie dodatkowy twór w RA, tym razem lepiej widoczny, podłużny, wpadający w rozkurczu do RV (Rycina 2.) Chorą zakwalifikowano do pilnej operacji, w czasie której usunięto balotujący guz RA wychodzący ze światła żyły głównej dolnej i przyrośnięty do ściany ok. 2–3 cm przed jej ujściem do serca. Badanie histopatologiczne guza wykazało komórki raka jasnokomórkowego, co ostatecznie potwierdziło etiologię przerzutową zmiany. Trzy tygodnie po zabiegu chora została przeniesiona do Kliniki Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w celu dalszego leczenia nowotworu nerki.

Omówienie

W omawianym przypadku w różnicowaniu dodatkowej struktury w RA brano pod uwagę skrzeplinę, śluzaka oraz guz przerzutowy. Czynnikiem predysponującym do powstania skrzepliny był toczący się proces nowotworowy, jednak dość regularny kształt zmiany i jej prawdopodobny związek z przegrodą międzyprzedsionkową w pierwszym badaniu (Rycina 1A) mógł również nasuwać podej-

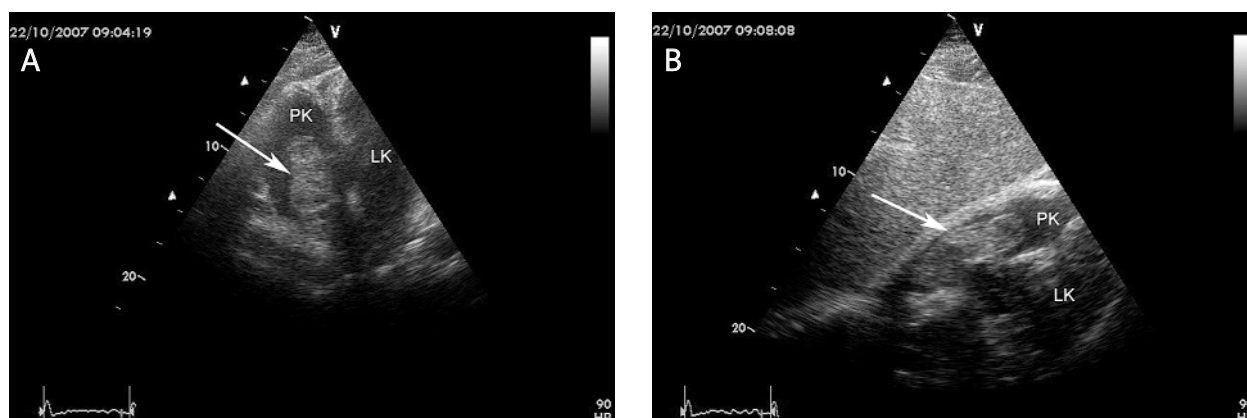
Adres do korespondencji:

lek. med. Anna Wójcik, Klinika Wad Wrodzonych Serca, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 44 57, faks: + 48 22 343 45 21, e-mail: awojcik@ikard.pl



Rycina 1. A. Projekcja koniuzkowa czterojamowa. Widoczne dodatkowe kuliste echo w prawym przedsionku (strzałka). **B.** Projekcja podmostkowa. Kuliste echo w prawym przedsionku związane z centralną częścią przegrody międzyprzedsionkowej (strzałka)

PK – prawa komora, LK – lewa komora, LP – lewy przedsionek, PP – prawy przedsionek, ŻGD – żyła główna dolna



Rycina 2. A. Zmodyfikowana projekcja koniuzkowa czterojamowa. Dodatkowa masa w prawym przedsionku przechodząca przez ujście trójdzielne do jamy prawej komory (strzałka). **B.** Projekcja podmostkowa. Dodatkowa podłużna masa w prawym przedsionku wypełniająca ujście trójdzielne i przechodząca do światła prawej komory (strzałka)

PK – prawa komora, LK – lewa komora

rzenie śluzaka. Brak skuteczności intensywnego leczenia heparyną i jego wpływu na rozmiary guza oraz potwierdzenie w badaniu CT szerzenia się procesu nowotworowego z nerki do żyły głównej dolnej i RA przemawiały za rozpoznaniem guza przerzutowego, co ostatecznie udowodniono śródoperacyjnie i histopatologicznie.

Pierwotne nowotwory serca występują bardzo rzadko, w mniej niż 3 przypadkach na 10 tys. autopsji. Ponad 75% przypadków stanowią guzy niezłośliwe, w tym najczęstszy jest śluzak, który w 10% przypadków występuje rodzinnie jako składowa zespołu Carneya dziedzicznego autosomalnie dominująco [1, 2]. Guz wyrasta najczęściej z przegrody międzyprzedsionkowej w okolicy dołu owalnego i jest umiejscowiony w lewym przedsionku (69–75%). Śluzaki RA występują czterokrotnie rzadziej, zwykle mają szeroką podstawę i częściej ulegają zwapnieniu. Badanie TTE umożliwia

rozpoznanie większości śluzaków serca na podstawie typowych cech morfologicznych, czasami jednak utrudnione może być różnicowanie nieuszypułowanego śluzaka ze skrzepliną lub innymi nowotworami [2]. Inne łagodne guzy serca to: mięśniak prążkowanokomórkowy (najczęstszy niezłośliwy nowotwór serca występujący u dzieci), włókniak brodawkowaty, włókniak, tłuszczak, potworniak, naczynek. Wśród guzów złośliwych najczęstsze są: mięsak naczynekowaty, mięsak prążkowanokomórkowy i chłoniak [1, 2]. Nowotwory przerzutowe serca występują 20–40 razy częściej niż nowotwory pierwotne. Każdy nowotwór złośliwy z wyjątkiem guzów ośrodkowego układu nerwowego może dać przerzuty do serca, jednak najczęściej powodują je: rak płuca, sutka, chłoniaki, białaczki, czerniak, rak przetyku, macicy, nerki, wątroby i nadnercza [1–3]. Szerzenie się procesu rozrostowego w obrębie żyły

nerkowej i żyły głównej dolnej stwierdza się u 15%, zaś dodatkowo zajęcie RA u 1% chorych na raka nerki [4]. Rak jasnokomórkowy stanowi ok. 70% wszystkich nowotworów nerek. Granice guzów rosnących rozprężająco są zwykle dobrze zaznaczone. Raki niżej zróżnicowane charakteryzuje najczęściej wzrost naciekający. Mogą one osiągać średnicę nawet 25 cm [5]. Obecność przerzutów nowotworowych w sercu wskazuje najczęściej na nieuleczalność choroby podstawowej. Wyjątkiem jest rak nerki szerzący się przez żyłę główną dolną do RA (jak to miało miejsce w omawianym przypadku). Jeśli nie ma przerzutów w węzłach chłonnych i przerzutów odległych, to leczenie operacyjne daje szansę na wieloletnie przeżycie [1].

Piśmiennictwo

1. Pruszczyk P, Styczyński G. Nowotwory serca. In: Szczeklik A (ed.). *Choroby wewnętrzne*. Tom I, wyd. I. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005; 307-9.
2. Gackowski A, Podolec P. Guzy serca i pozasercowe guzy śródpiersia. In: Podolec P, Tracz W, Hoffman P (eds.). *Echokardiografia praktyczna*. Tom III. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005; 448-59.
3. Van der Salm TJ, Schick EC, Gaasch WH. Cardiac tumors. http://www.uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=misc_tum
4. Schimmer C, Hillig F, Riedmiller H, et al. Surgical treatment of renal cell carcinoma with intravascular extension. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2004; 3: 395-7.
5. Sulik M. Histopatologia raka nerki. *Urologia Polska* 2001; 54: 9-14.