

Patologiczny twór w prawym przedsionku u kobiety z bólami w klatce piersiowej

Right atrial tumour in a patient with chest pain – a case report

Anna Lisowska¹, Anna Lewczuk², Bożena Sobkowicz¹, Małgorzata Knapp¹, Anna Adamczuk², Tomasz Hirnle², Włodzimierz Musiał¹

¹Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Białystok

²Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Białystok

Abstract

Intracardiac masses present an important problem in cardiology. Echocardiography became a main non-invasive diagnostic method in identifying these abnormalities. Most often there are thrombuses, less often – vegetations in course of infective endocarditis, and rarely – tumours or congenital abnormalities. This case report presents difficulties in diagnosing intracardiac mass in a 70-year-old female presenting with atypical chest pain.

Key words: cardiac tumour thrombus

Kardiologia Polska 2008; 66: 1087-1090

Wstęp

Masy wewnątrzsercowe stanowią istotny problem diagnostyczny w kardiologii i duże wyzwanie dla lekarza. Echokardiografia stała się podstawową nieinwazyjną metodą diagnostyczną w wykrywaniu patologicznych tworów wewnątrzsercowych. Najczęściej są to skrzepliny, rzadziej vegetacje w przebiegu infekcyjnego zapalenia serca, jeszcze rzadziej nowotwory (zarówno pierwotne, jak i guzy przerzutowe) lub anomalie rozwojowe (np. olbrzymia zastawka Eustachiusza, serce trójprzedsionkowe) [1]. Trudności diagnostyczne wynikają z niejednorodnej etiologii tych zmian, złożonej patogenezы i nie zawsze typowego obrazu klinicznego, co pokazuje opisany poniżej przypadek.

Opis przypadku

Chora 70-letnia, z wieloletnim wywiadem nadciśnienia tętniczego i cukrzycy typu 2, z rozpoznaną chorobą Parkinsona i małopłytkowością polekową (najprawdopodobniej po zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych), została przyjęta do szpitala z powodu występujących od 2 miesięcy napadów duszności spoczynkowej z towarzyszącymi bólami w klatce piersiowej. Przy przyjęciu chora w stanie ogólnym dobrym, ciśnienie tętnicze

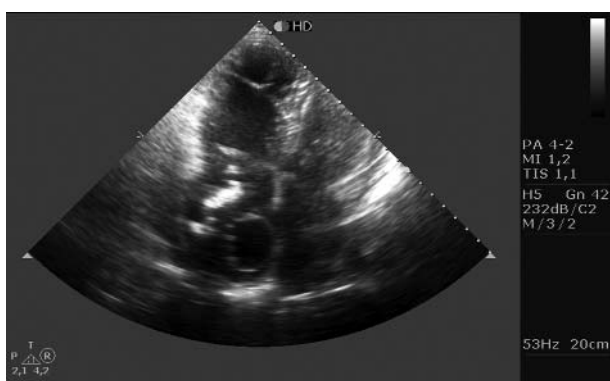
(RR) 115/75 mmHg, czynność serca miarowa 70/min, bez szmerów patologicznych nad sercem. Osłuchowo nad płucami szmer pęcherzykowy prawidłowy. W badaniu EKG przy przyjęciu i w trakcie hospitalizacji – rytm zatokowy 70/min, oś pośrednia, konfiguracja S I, Q III, T III, ujemne załamki T w odprowadzeniach V₂–V₅. W badaniach biochemicznych z odchył od normy obserwowano jedynie umiarkowaną małopłytkowość opisywaną już uprzednio (60 000/ μ l). Zdjęcie RTG klatki piersiowej wykazało powiększenie serca w całości oraz zmniejszenie przestrzeni zamostkowej i zasercowej na zdjęciu bocznym.

W badaniu echokardiograficznym stwierdzono prawidłowe wymiary lewej komory i lewego przedsionka, łagodny przerost ścian lewej komory oraz istotnie powiększoną prawą komorę (wymiar końcoworozkurczowy – 40 mm) i prawy przedsionek (53 mm). Funkcja skurczowa obu komór była zachowana. Stwierdzono niewielką ilość płynu w worku osierdziowym, bez cech wzmożonego ciśnienia śródosierdziowego. Nie stwierdzono istotnych zmian morfologicznych na zastawkach zarówno ujść tętniczych, jak i przedsionkowo-komorowych. Natomiast w prawym przedsionku uwidoczono konglomerat ruchomych, dobrze wysyconych ech o długości ok. 7,2 cm i szerokości 1,8 cm, przypominających kształtem odlew żylny i przytwierdzonych

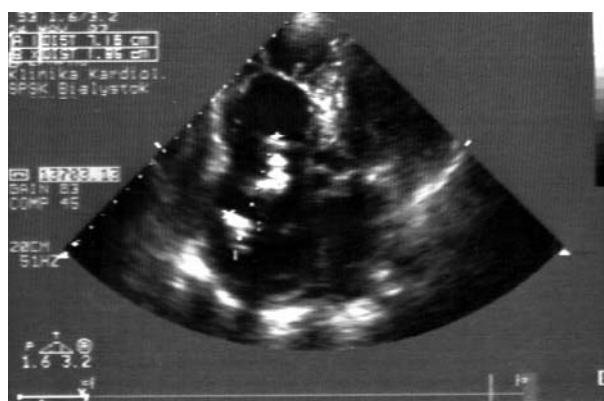
Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Lisowska, Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, tel.: +48 85 748 54 00, e-mail: anlila@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła: 15.03.2008. Zaakceptowana do druku: 23.04.2008.



Rycina 1. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe – projekcja koniuszkowa 4-jamowa. W prawym przedsionku uwidoczniono konglomerat ruchomych, dobrze wysyconych ech o długości ok. 7,2 cm i szerokości 1,8 cm, przypominających swoim kształtem odlew żylny i przytwierdzonych do cienkościennej, eliptycznej tworu znajdującego się w górnej części prawego przedsionka

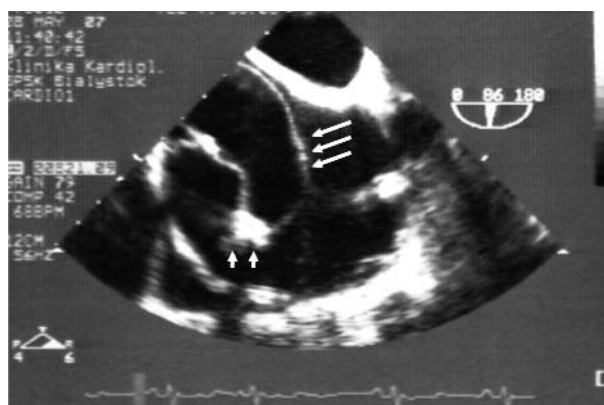


Rycina 2. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe – projekcja koniuszkowa zmodyfikowana – dodatkowe echa balotują w obrębie prawego ujścia żylnego



Rycina 3. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe – projekcja podmostkowa – w żyłę główną dolną (ŻGD) uwidoczniono cienkie, linijne echo (krótka strzałka), wchodzące do prawego przedsionka i tworzące w jego górnej części obraz „zamkniętej pętli”, do której przytwierdzone były dodatkowe echa (długa strzałka)

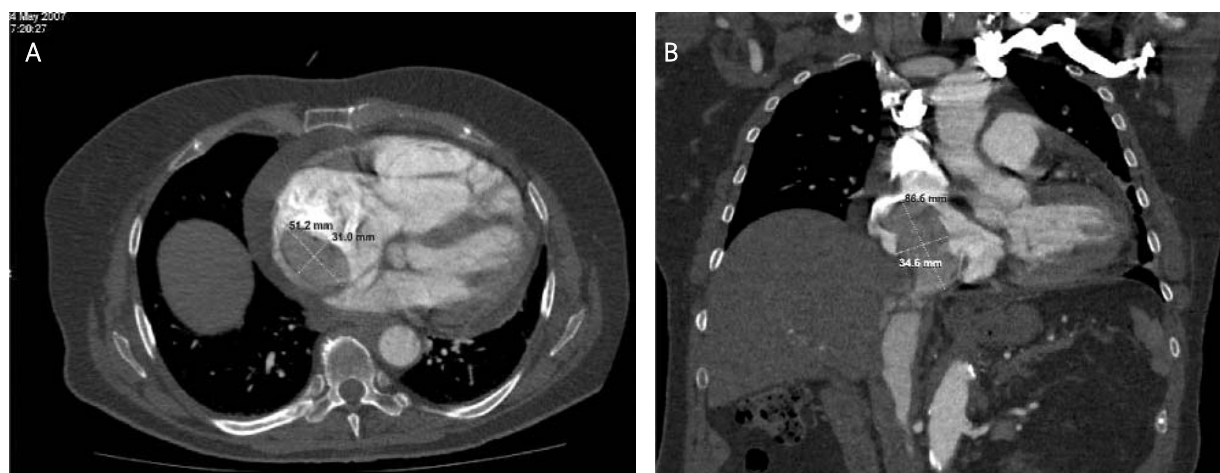
do cienkościennej, eliptycznej tworu znajdującego się w górnej części prawego przedsionka (Rycina 1). Balotały one okresowo w obrębie prawego ujścia żylnego, powodując turbulencje przepływu rejestrowane w doplerze kolorowym oraz łagodną lub umiarkowaną niedomykalność trójdzielną (Rycina 2). Ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej oszacowano na ok. 35 mmHg. Czas akceleracji przepływu płucnego był nieco skrócony – do 80 ms, ale bez charakterystycznego dla proksymalnej zatorowości płucnej zażębienia śródskurczowego. W projekcji podmostkowej w żyłę główną dolną uwidoczniono cienkie, linijne echo,



Rycina 4. Badanie echokardiograficzne przezprzełykowe – widoczny w prawym przedsionku cienkościennej, eliptycznej tworu wychodzący z żyły głównej dolnej (długie strzałki), z przytwierdzonymi na obwodzie dodatkowymi, ruchomymi echami (krótke strzałki)

wchodzące do prawego przedsionka i tworzące w jego górnej części obraz „zamkniętej pętli” (Rycina 3).

Ze względu na trudności diagnostyczne w badaniu echokardiograficznym przezklatkowym wykonano badanie przezprzełykowe (TEE), w którym stwierdzono drożny otwór owalny i potwierdzono obecność w prawym przedsionku cienkościennej, eliptycznej tworu, wychodzącego z żyły głównej dolnej. Podejrzewaliśmy, iż jest to olbrzymia zastawka Eustachiusza, do której przytwierdzone są zorganizowane skrzepliny (Rycina 4). Badanie TEE nie pozwoliło na postawienie ostatecznej diagnozy. Wykonano badanie ultrasonograficzne żyły głównej dolnej, w którym uwidoczniono cienkościnną strukturę, związaną z przednią ścianą naczynia i rozciągającą się na całej jej długości. Badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych było w normie.



Rycina 5. Tomografia komputerowa klatki piersiowej – zaznaczona patologiczna struktura w prawym przedsionku i jej wymiary

Chora w trakcie obserwacji pozostawała w stanie ogólnym dobrym, wydolna krążeniowo, nie nawracały dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, EKG – obraz stabilny. Ze względu na trudności diagnostyczne i wątpliwości, czy stwierdzone masy w prawym przedsionku nie są źródłem niemej klinicznie zatorowości płucnej, zdecydowano o wykonaniu tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem (Rycina 5. A i B). W badaniu wykluczono zatorowość płucną, potwierdzono obecność dodatkowej struktury w świetle żyły głównej dolnej i w prawym przedsionku, ale całość obrazu nie pozwoliła na ocenę charakteru zmiany (skrzeplina, guz, wrodzona anomalia prawego serca?). Po konsultacji kardiologicznej podjęto decyzję o operacyjnym usunięciu „guza” prawego przedsionka po uprzednim wykonaniu koronarografii.

W badaniu angiograficznym tętnic wieńcowych uwidoczniło chorobę jednonaczyniową – 95-procentowe zwężenie gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) lewej tętnicy wieńcowej. Ze względu na stabilny stan kliniczny chora w trybie planowym została przyjęta do kliniki kardiologii. W krążeniu pozaustrojowym wszczepiono pomost żylny do GPZ, a następnie – po otwarciu prawego przedsionka uwidoczniło workowaty twór długości ok. 5 cm wycelowujący się z żyły głównej dolnej, który usunięto w całości. Jego wolny biegun przechodził w taśmowatą strukturę, która zakończona była zgrubieniem przypominającym supel (Rycina 6.). Następnie wykonano plastykę zastawki trójdzielnej. Przebieg zabiegu i okres pooperacyjny – niepowikłane. Chorą w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu. Badanie histopatologiczne usuniętego tworu pozwoliło postawić ostateczne rozpoznanie – była to skrzeplina.

Dyskusja

W opisywanym przez nas przypadku patologiczny twór w prawym przedsionku nie powodował objawów klinicznych i został stwierdzony w rutynowo wykonanym badaniu echokardiograficznym.



Rycina 6. Obraz śródoperacyjny usuniętego tworu

Najczęściej dodatkowe masy stwierdzane w prawym sercu to skrzepliny wychodzące z żyły głównej dolnej, związane z żylną chorobą zakrzepowo-zatorową obejmującą naczynia żył kończyn dolnych, lub z żyły głównej górnej, związane najczęściej z implantacją czasową lub stałą urządzeń wewnątrzsercowych (np. elektroda stymulatora) [2, 3, 4]. Pierwotne guzy prawego przedsionka, z których najczęstszy jest śluzak, występują znacznie rzadziej niż w lewym przedsionku – u ok. 15–20% chorych – i zwykle powodują objawy prawokomorowej niewydolności serca lub niedomykalności i/lub zwężenia prawego ujścia żylnego [5]. W razie stwierdzenia echogenicznej masy guza w prawym przedsionku w diagnostyce różnicowej nowotworów serca zawsze należy uwzględnić guzy złośliwe, szczególnie przerzutowe (rak oskrzela, rak sutka, rak nerki, czerniak złośliwy i in.), a także pierwotne mięsaki serca, które w prawym przedsionku występują częściej niż śluzaki [6].

W omawianym przypadku całość obrazu klinicznego nie sugerowała choroby nowotworowej. Nie było również

żadnych danych klinicznych świadczących o infekcyjnym zapaleniu wsierdza. Obraz kliniczny przemawiał raczej za obecnością w jamie prawego przedsionka skrzepliny, natomiast obraz w badaniu echokardiograficznym był bardzo nietypowy – podejrzewaliśmy, iż jest to olbrzymia zastawka Eustachiusza, do której przytwierdzone są zorganizowane skrzepliny, choć znaleźliśmy w literaturze jedynie pojedyncze opisy takich przypadków [7–9].

W prawym przedsionku opisywane są dwa typy skrzeplin: typ A – duże, długie, ruchome (*snake like movement*), związane z zakrzepicą żylną, oraz typ B – małe, nieruchome, morfologicznie przypominające skrzepliny „lewego serca”, często związane z anomalią wewnątrzsercowymi [10]. Typ A zdecydowanie częściej jest związany z zatorowością płucną niż typ B (98 vs 40%). Obecność ruchomych skrzeplin w prawym przedsionku w przebiegu masywnej zatorowości płucnej stwierdza się rzadko – 4–5,2% [11, 12], ale chirurgiczne usunięcie masy wewnątrzsercowej w takim przypadku związane jest z niższą śmiertelnością (24%) w porównaniu z leczeniem trombolitycznym (40%) czy też antykoagulacją (64%) [13].

U opisywanej chorej całość obrazu klinicznego i wyniki badań obrazowych pozwoliły wykluczyć zatorowość płucną. Morfologia patologicznej struktury w prawym przedsionku w badaniu echokardiograficznym nie odpowiadała również obrazowi śluzaka, choć nie można było wykluczyć, czy nie jest to nowotwór przerzutowy. Także makroskopowo obraz nie był jednoznaczny. Postawienie ostatecznego rozpoznania okazało się możliwe dopiero na podstawie wyniku badania histopatologicznego materiału usuniętego w trakcie operacji kardiochirurgicznej. Wydaje się, że jedyną metodą, którą pominęliśmy w procesie diagnostycznym, a która mogłaby być pomocna we wcześniejszym postawieniu właściwego rozpoznania, był rezonans magnetyczny [14]. Nie zmieniłoby to jednak naszego dalszego postępowania, gdyż chorzy ze skrzeplinami w prawym przedsionku, nawet bezobjawowi, są obciążeni bardzo wysokim ryzykiem zatoru płucnego i – jak wykazują wyżej przytoczone dane – powinni być kwalifikowani do leczenia operacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Mroczek-Czarnecka D, Piwowarska W, Rostoff P, et al. Śluzak w prawym przedsionku imitujący skrzeplinę. In: Podolec P (ed.). *Echokardiografia praktyczna – tom IV. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2006; 473-7.
2. Khurana A, Tak T. Venous thromboembolic disease presenting as inferior vena cava thrombus extending into the right atrium. *Clin Med Res* 2004; 2: 125-7.
3. Kurnicka K, Jankowski K, Ciurzyński M, et al. Right atrial mobile thrombus in a patient with acute, massive pulmonary embolism effectively treated with thrombolysis – a case report. *Kardiologia Polska* 2005; 6: 645-7.
4. Snopek G, Borys M, Dąbrowski M. Thrombus entrapped in the foramen ovale in an 80-year-old woman with chronic pulmonary embolism manifested by recurrent syncope – a case report. *Kardiologia Polska* 2007; 7: 839-41.
5. Sabatine M, Colucci W, Schoen F. Primary tumors of the heart. In: Braunwald Z (ed.). *The heart disease. Saunders Co., Philadelphia* 2004; 1741-55.
6. Sadowski J, Grudzień G. Nowotwory serca. In: Szmidi J (ed.). *Podstawy chirurgii. Tom I. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2003; 903-9.
7. De Keyser J, Herregods M, Dujardin K, et al. The Eustachian valve in pulmonary embolism: rescue or perilous? *Eur J Echocardiogr* 2006; 7: 336-8.
8. Mumir A, Minderman D, D'Cruz J. Unusual superior vena cava thrombus (partly obstructive) extending through right atrium to Eustachian valve. *Echocardiography* 2007; 24: 77-8.
9. Gulel O, Yazici M, Sahin M. Unusual elongation of the Eustachian valve. *Int Heart J* 2007; 48: 113-6.
10. Tsoukas A, Athanasopoulos G, Koliandris I, et al. Silent pulmonary embolism of a large right atrial thrombus. *Echocardiography* 1998; 15: 503-6.
11. Pierre-Justin G, Pierard LA. Management of mobile right heart thrombi: a prospective series. *Int J Cardiol* 2005; 99: 381-8.
12. Ferrari E, Benhamou M, Berthier F. Mobile thrombi of the right heart in pulmonary embolism. *Chest* 2005; 127: 1051-3.
13. Kronick G. The European Group on Echocardiography: The European Cooperative Study on the Clinical Significance of Right Heart Thrombi. *Eur Heart J* 1989; 10: 1046-59.
14. Marcu C, Beek A, van Rossum A. Clinical applications of cardiovascular magnetic resonance imaging. *CMAJ* 2006; 175: 911-7.