

# Olbrzymi uchyłek prawego przedsionka u dorosłego pacjenta

Right atrial diverticulum in an adult patient

Witold Streb, Piotr Jarski, Roman Przybylski, Jan Głowacki, Marian Zembala, Zbigniew Kalarus, Tomasz Kukulski

Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

## Abstract

Right atrial diverticula are rare clinical findings and thus this possibility is usually omitted in the differential diagnosis of right atrial pathologies. Only 105 cases of right atrial anomalies were reported in medical journals in years 1955-1998, of which only 13 cases referred to a single diverticulum of the right atrium. The presented case is a 65-year-old patient with a right atrial diverticulum whose presence was confirmed intra-operatively.

**Key words:** right atrial diverticulum, diagnosis

Kardiologia Polska 2007; 65: 1090-1093

## Wstęp

Uchyłki prawego przedsionka są rzadką patologią, stąd też w światowej literaturze medycznej można znaleźć jedynie nieliczne opisy przypadków klinicznych. Binder i wsp. w analizie zasobów bazy Medline podsumowali wszystkie przypadki anomalii prawego przedsionka (PP) opisane w doniesieniach klinicznych z lat 1955–1998. Spośród 105 przypadków jedynie 13 dotyczyło pojedynczych uchyłków, a 4 – mnogich uchyłków PP [1]. Tak rzadkie występowanie uchyłków PP sprawia, iż ich obecność zwykle nie jest brana pod uwagę w diagnostyce anomalii PP.

## Opis przypadku

Prezentowany przez nas chory to 65-letni mężczyzna, który zgłosił się z powodu występujących od ok. roku kołatań serca. W wywiadzie nefrektomia prawostronna przed rokiem z powodu raka brodawkowatego nerki. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono odchyleń od stanu prawidłowego.

W EKG stwierdzono pojedynczą ekstrasystolię nadkomorową oraz skośne do dołu obniżenie odcinka ST o 1 mm w odprowadzeniach  $V_4$ – $V_6$  (Rycina 1.). Na zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej w projekcji tylnoprzodniej stwierdzono nieznaczne powiększenie sylwetki serca. Natomiast w wykonanym badaniu echokardiograficznym uwidocznił się homogeny guz zlokalizowany za tylną ścianą lewego przedsionka, modelujący jego ścianę, aczkolwiek niepowodujący upośledzenia napływu z żył płucnych ani przepływu przez zastawkę mitralną. Powyższe obserwacje wskazywały na lokalizację poza światłem jam serca, czyniąc tym samym mało prawdopodobną najczęstszą przyczynę guzów lewego przedsionka, jaką są śluzaki, jak również przemawiając przeciwko obecności zmian przerzutowych. Wymiary opisywanej struktury wynosiły 11 × 10 cm, a jej echogeniczność była wyraźnie niższa niż tkanki mięśnia sercowego (Rycina 2.).

W wykonanej tomografii komputerowej potwierdzono obecność olbrzymiego guza o jednorodnej gęstości

---

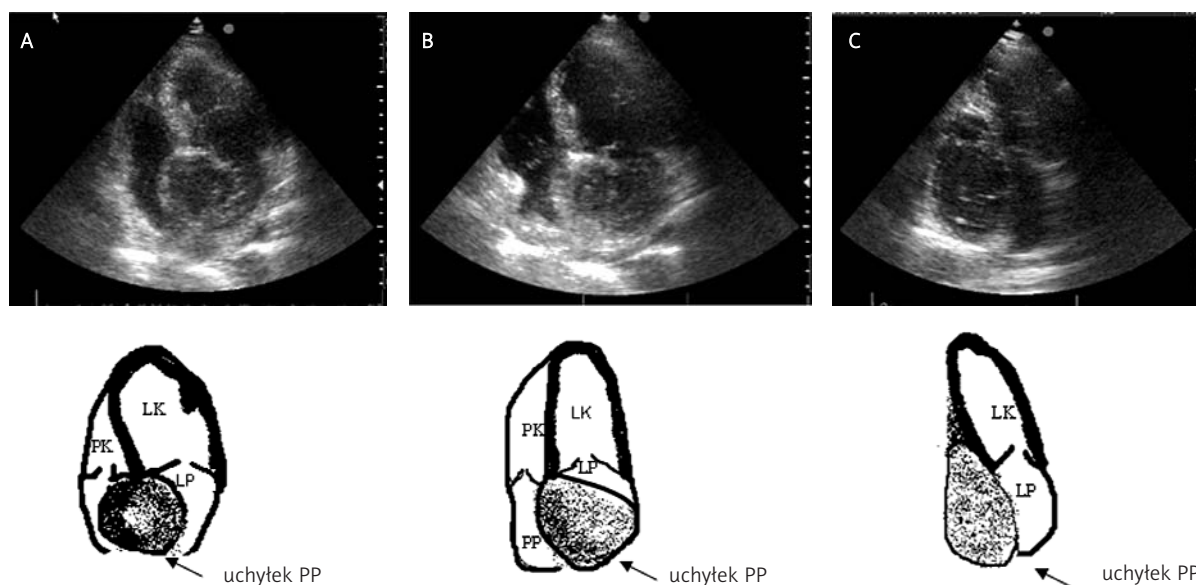
### Adres do korespondencji:

dr n. med. Witold Streb, I Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, ŚUM, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel.: +48 509 737 348, e-mail: streb@wp.pl

Praca wpłynęła: 02.02.2007. Zaakceptowana do druku: 21.02.2007.



Rycina 1. Zapis EKG chorego z uchyłkiem prawego przedsionka



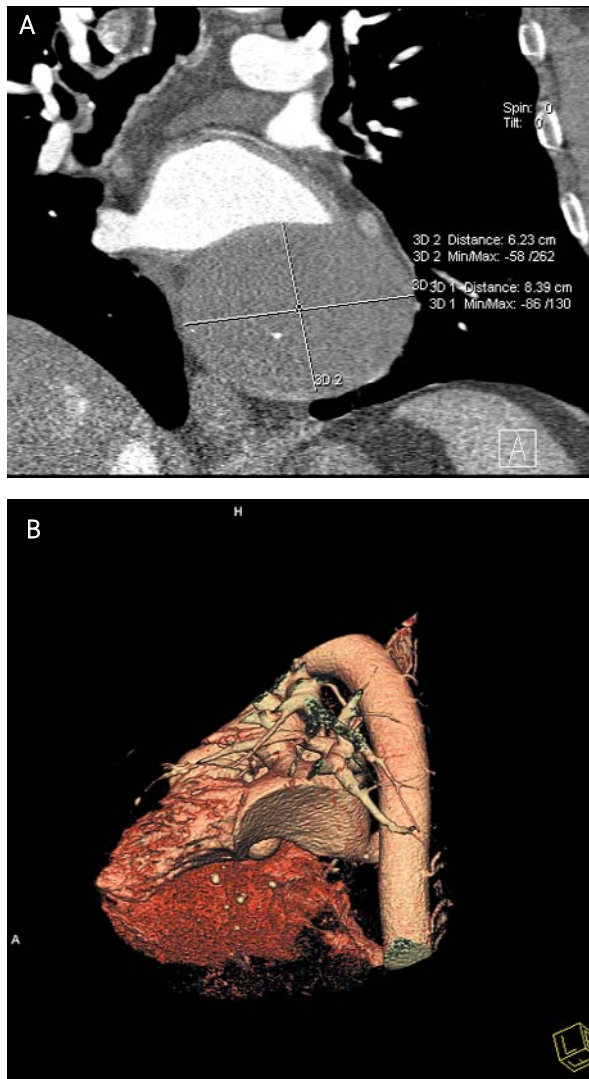
Rycina 2A–C. Ocena ultrasonograficzna w projekcji koniuszkowej czterojamowej oraz dwujamowej w prezentacji 2D. Na przedstawionych zdjęciach z badania echokardiograficznego zwraca uwagę obecność struktury o wzmożonej echogeniczności na obwodzie guza, odpowiadającej jego torebce. Wewnątrz guza stwierdza się obszar o wyraźnie mniejszej echogeniczności, odpowiadającej krwi lub skrzeplinie. Na Rycinie A nie stwierdza się obecności przegrody międzyprzedsionkowej, która jest typowym miejscem wyjścia szypuły śluzaków przedsionka

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

wzmacniającej się po podaniu kontrastu z 34 j. H. do 85 j. H., z drobnymi zwapnieniami, którego cechy radiologiczne pozwoliły opisującemu radiologowi podejrzewać obecność śluzaka lewego przedsionka (Rycina 3.).

Choremu włączono lek antyarytmiczny i zalecono kontrolę po upływie 3 tygodni. W wykonanym wówczas badaniu echokardiograficznym nie opisywano progresji

wielkości guza, ale w porównaniu z poprzednim wynikiem stwierdzono zmianę struktury guza – z obecnością ognisk lizy i wzmożonej echogeniczności. Ponadto zauważono niewielki wysięk w jamie osierdzia. Z uwagi na zmianę struktury guza oraz nasilenie zaburzeń rytmu serca pomimo zastosowanej farmakoterapii, chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego.



**Rycina 3.** Rekonstrukcja dwu- i trójwymiarowa w tomografii komputerowej w przekroju czołowym. **A** – pomiar wielkości guza, **B** – rekonstrukcja VRT – uwidoczniono zwapnienia oraz modelowanie jam serca przez guz, który w rekonstrukcji jest „przezroczysty”

Śródoperacyjnie rozpoznano uchyłek PP wypełniony skrzepliną. Zmianę usunięto. Badanie histopatologiczne potwierdziło obecność zwłókniałego wsierdza z bogato unaczynioną tkanką łączną wiotką podwsierdżową oraz częściowo skoagulowanymi kardiocytami przedsionka – obraz wykluczający obecność rozrostu nowotworowego.

## Dyskusja

Uchyłki PP są wrodzonymi anomaliami, które przez długi czas mogą pozostawać bezobjawowe [2].

Stąd też do ich rozpoznania może dochodzić w różnym okresie – od urodzenia aż po wiek dojrzały. Często diagnoza bywa ustalana w sposób przypadkowy, przy stwierdzeniu powiększenia sylwetki serca na zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej. Jednakże w części przypadków uchyłki PP manifestują się istotnymi objawami klinicznymi, a ich obecność wiąże się nawet z wystąpieniem nagłej śmierci sercowej [3]. Najczęściej zgłaszanymi objawami są zaburzenia rytmu serca, duszność oraz dyskomfort w klatce piersiowej. W metaanalizie dokonanej przez Bindera i wsp. jedynie 15% osób z pojedynczym uchyłkiem PP faktycznie pozostawało bezobjawowych, podczas gdy u 30% chorych występowały tachyarytmie. W 1/3 przypadków występuje również dyskomfort lub ból w klatce piersiowej. Rzadsze objawy to utrata przytomności (7% przypadków), duszność (28%) i zastośnięcia (8%) [1]. Opisywano również współwystępowanie uchyłków PP z zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a oraz z zatorowością płucną [4, 5].

Duże uchyłki PP mogą powodować dyskomfort w klatce piersiowej oraz objawy związane ze wzrostem ciśnienia w worku osierdziowym, takie jak poszerzenie żył szyjnych, obrzęki podudzi lub hepatomegalia. Objawy niewydolności lewokomorowej nie są charakterystyczne dla tego typu patologii, ale mogą wystąpić na skutek zaburzeń funkcji skurczowej lewej komory w przebiegu kardiomiopatii tachyarytmicznej [1].

Obecnie podstawowym narzędziem w diagnostyce uchyłków PP jest echokardiografia – zarówno przezklatkowa, jak i przezprzetykowa – oraz ultrasonografia w okresie życia płodowego [6]. Potwierdzeniem obecności uchyłka może być uwidocznienie jego jamy w badaniu angiograficznym [7]. Zastosowanie mają również nowsze techniki obrazowania, często o rozstrzygającym znaczeniu, takie jak tomografia komputerowa oraz obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego. Badania te pozwalają wykluczyć obecność torbieli osierdza lub guza śródpiersia. Rozpoznanie utrudnia obecność skrzepliny w świetle uchyłka.

W omawianym przypadku obecność litego guza z wtórnymi zmianami (ogniskami zwapnień i lizy) nakazywała podejrzewać proces rozrostowy. W różnicowaniu uchyłków PP z guzami serca o charakterze nowotworowym należy zwrócić uwagę na ich lokalizację. W odróżnieniu od najczęściej występujących guzów przedsionka, czyli skrzeplin i śluzaków, są one zlokalizowane poza jamami serca, zwykle nie powodują upośledzenia przepływu przez zastawki przedsionkowo-komorowe. W badaniu rentgenowskim klatki piersiowej można stwierdzić powiększenie sylwetki serca na zdjęciu, a w badaniu echokardiograficznym i tomografii komputerowej objawy ucisku jam serca. W przeciwień-

**Tabela I.** Porównanie obrazu echokardiograficznego uchyłka prawego przedsionka i śluzaka prawego przedsionka

	Uchyłek prawego przedsionka	Śluzak przedsionka
Ruchomość guza	guz nieruchomy	znaczna ruchomość guza
Obecność szypuły	brak	obecna
Echogeniczność	mniejsza, często centralnie odpowiada echogeniczności krwi	nieco większa, obecność zwapnień
Przepływ przez zastawkę trójdzielną	zwykle prawidłowy	zwiększenie gradientu w wypadku guza balotującego do prawej komory
Obecność przepływu w guzie	może być zachowany centralnie	brak

stwie do guzów wywodzących się z tkanki mięśniowej, uchyłki przedsionka charakteryzuje znacznie obniżona echogeniczność w badaniu echokardiograficznym i zmniejszona gęstość w tomografii komputerowej, które często odpowiadają tym parametrom obserwowanym w śluzakach przedsionków. Problemem może być również różnicowanie uchyłków z torbielami osierdzia. Istotne wówczas jest wykazanie łączności patologicznej struktury ze światłem przedsionka lub stwierdzenie skrzepliny w jej świetle. W Tabeli I przedstawiono porównanie cech echokardiograficznych uchyłków PP i śluzaków przedsionka.

Mimo że uchyłki PP są rzadką anomalią, należy je brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej guzów zlokalizowanych wewnątrz osierdzia. Chociaż zwykle cechują się łagodnym przebiegiem klinicznym, mogą być przyczyną poważnych powikłań obejmujących nawet zgon pacjenta. Stąd też stwierdzenie uchyłka PP stanowi wskazanie do leczenia operacyjnego.

### Piśmiennictwo

1. Binder TM, Rosenhek R, Frank H, et al. Congenital malformations of the right atrium and the coronary sinus: an analysis based on 103 cases reported in the literature and two additional cases. *Chest* 2000; 117: 1740-8.
2. Chatrath R, Turek O, Quivers E, et al. Asymptomatic giant right atrial aneurysm. *Tex Heart Inst J* 2001; 28: 301-3.
3. Tenckhoff L, Stamm SJ, Beckwith B. Sudden death in idiopathic (congenital) right atrial enlargement. Postmortem findings and review of cases. *Circulation* 1969; 40: 227-35.
4. Shah K, Walsch K. Giant right atrial diverticulum: an unusual cause of Wolff-Parkinson-White syndrome. *Br Heart J* 1992; 68: 58-9.
5. Campbell RM, Parks WJ, Crawford FA, et al. Right atrial diverticulum presenting as Wolff-Parkinson-White syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol* 1992; 15: 1101-4.
6. Kishore N, Ravi S, Gowda N, et al. Giant right atrium – a rare case report. *Annals of Cardiac Anesthesia* 2005; 8: 58-60.
7. Morrow AG, Behrendt DM. Congenital aneurysm (diverticulum) of the right atrium. Clinical manifestations and results of operative treatment. *Circulation* 1968; 38: 124-8.