

Guz lewego przedsionka wykryty przypadkowo w rutynowym badaniu echokardiograficznym u chorego z ostrym zawałem serca

Left atrial tumour detected during routine echocardiography in a patient with acute myocardial infarction

Iwona Świątkiewicz¹, Joanna Gierach¹, Marek Woźnicki¹, Marcin Rychter¹, Adam Sukiennik¹, Marek Bokszański², Lech Anisimowicz², Jacek Kubica¹

¹ Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, Bydgoszcz

² Katedra i Klinika Kardiologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, Bydgoszcz

Kardiologia Polska 2007; 65: 1005-1007

Wstęp

Skrzepliny wewnątrzsercowe stanowią istotny problem kliniczny ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań zatorowych, zwłaszcza udarów niedokrwiniennych ośrodkowego układu nerwowego [1, 2]. Do czynników ryzyka tworzenia skrzeplin należą: migotanie i trzepotanie przedsionków, zwężenie lewego ujścia żylnego, proteza zastawkowa w pozycji mitralnej, odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, dysfunkcja skurczowa lewej komory oraz duże powiększenie lewego przedsionka [3].

Autorzy pragną zwrócić uwagę na trudności w diagnostyce różnicowej rozpoznanych patologicznych mas wewnątrzsercowych oraz na znaczenie wyboru właściwej strategii postępowania u chorych z rozpoznaniem migotaniem przedsionków (AF).

Opis przypadku

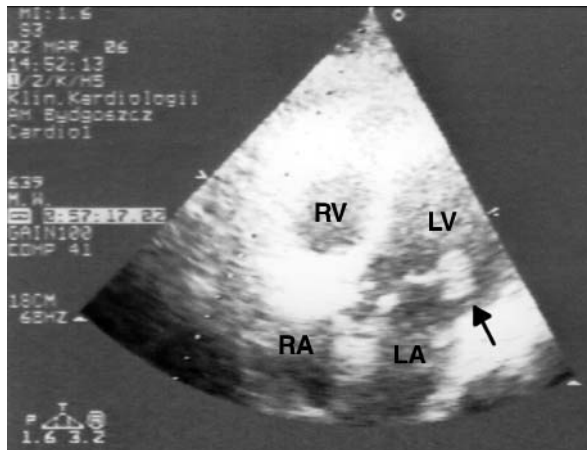
Mężczyzna w wieku 66 lat został przyjęty w dniu 28 lutego 2006 r. do Kliniki Kardiologii z powodu 4-godzinnego spoczynkowego bólu zamostkowego. W wywiadzie podawał nadciśnienie tętnicze od ok. 6 lat oraz hipercholesterolemię. W dokumentacji chorego znajdował się zapis EKG z 2005 r. z obecnym AF. Chory dotychczas przyjmował kwas acetylosalicylowy, inhibitor enzymu konwertującego, antagonistę aldoste-

ronu, digoksynę, beta-adrenolityk i statynę. Przy przyjęciu stan ogólny chorego był dobry. Osłuchiowaniem serca stwierdzono niemierną czynność serca o częstotliwości ok. 48/min, bez szmerów patologicznych. Ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 110/60 mmHg. W zapisie EKG stwierdzono AF oraz cechy ostrego zawału serca ściany dolnej z uniesieniem odcinka ST. Ze względu na obraz kliniczny oraz zmiany w EKG chorego zakwalifikowano do koronarografii w trybie pilnym. W badaniu stwierdzono blaszkę miażdżycową zwężającą granicznie gałąź międzykomorową przednią oraz niedrożną w segmencie dystalnym prawą tętnicę wieńcową. Przejaśnienie w obrazie angiograficznym sugerowało obecność skrzepliny w tym naczyniu. Po rozprężeniu balonu w miejscu zamknięcia tętnicy, skrzepliny przemieściły się do dystalnej części gałęzi międzykomorowej tylnej – nie udało się ich usunąć za pomocą embolektomu Diver. Uzyskano tylko częściowy powrót przepływu w tętnicy dozawałowej (TIMI 1) mimo podania abciximabu.

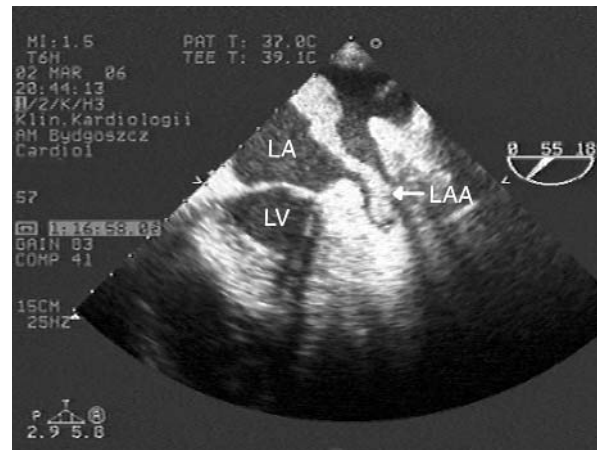
Dnia 2 marca 2006 r. wykonano badanie echokardiograficzne przezklatkowe (TTE), przeprowadzane w Klinice rutynowo w 3. dobie hospitalizacji u chorych z ostrym zawałem serca. Jakość uzyskanych obrazów była zła ze względu na otyłość chorego. W badaniu stwierdzono powiększenie prawej komory i lewego przedsionka, koncentryczny przerost mięśnia lewej

Adres do korespondencji:

dr n. med. Iwona Świątkiewicz, Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki im. A. Jurasza, ul. M. Skłodowskiej 9, 85-094 Bydgoszcz, tel.: +48 52 585 45 34, e-mail:kikkardiol@cm.umk.pl



Rycina 1. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe, projekcja konuszkowa czterojamowa. Strzałka wskazuje guz przemieszczający się przez ujście przedsionkowo-komorowe lewe z lewego przedsionka do lewej komory
LA – lewy przedsionek, RA – prawy przedsionek, LV – lewa komora, RV – prawa komora



Rycina 2. Badanie echokardiograficzne przezprzetykowe, projekcja przetykowa niska. Strzałka wskazuje szypułkę skrzepliny w uszku lewego przedsionka
LA – lewy przedsionek, LV – lewa komora

komory oraz odcinkowe zaburzenia kurczliwości lewej komory w postaci akinezy ściany dolnej oraz hipokinezy segmentu podstawnego przegrody międzykomorowej z upośledzeniem funkcji skurczowej lewej komory umiarkowanego stopnia (frakcja wyrzutowa 45%). W świetle powiększonego lewego przedsionka uwidoczono dodatkowe echo o wymiarach 1,4 × 1,6 cm, o dużej ruchomości, przemieszczające się w skurczu lewego przedsionka przez ujście mitralne do jamy lewej komory (Rycina 1). Płatki zastawki mitralnej były nieznacznie pogrubiałe, o prawidłowej ruchomości. Stwierdzono obecność małej niedomykalności mitralnej. W celu uwidocznienia obecności szypuły, miejsca przyczepu guza w lewym przedsionku oraz dokładnej charakterystyki echogeniczności zmiany zdecydowano o wykonaniu badania echokardiograficznego przezprzetykowego (TEE). W badaniu tym uwidoczono w świetle lewego przedsionka dobrze wysyconą, ruchomą, wiotką strukturę o wymiarach 7 × 1,4 cm, przytwierdzoną do dna uszka lewego przedsionka, przemieszczającą się w czasie skurczu lewego przedsionka przez ujście mitralne do jamy lewej komory (Rycina 2). Zmianę opisano jako długą, ruchomą skrzeplinę lub śluzaka o nietypowej lokalizacji szypuły w lewym przedsionku.

Z uwagi na wynik badania echokardiograficznego chorego zakwalifikowano do operacyjnego usunięcia guza z lewego przedsionka w trybie pilnym. Zabieg przeprowadzono w Klinice Kardiochirurgii z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Po otwarciu lewego przed-

sionka stwierdzono dużą, uszypułowaną skrzeplinę wychodzącą z jego uszka. Skrzeplinę usunięto. Ze względu na jednoznaczny obraz makroskopowy usuniętego guza, wskazujący na skrzeplinę, nie wykonano badania histopatologicznego. Stan chorego po zabiegu był dobry.

W kontrolnym badaniu echokardiograficznym nie uwidoczono zmiany opisywanej w badaniu poprzednim. Kontynuowano, włączone w dniu przyjęcia do Kliniki Kardjologii, leczenie przeciwzakrzepowe.

Dyskusja

Badanie echokardiograficzne należy do podstawowych metod diagnostycznych stosowanych w rozpoznawaniu i różnicowaniu patologicznych mas wewnątrzsercowych [3, 4]. W razie stwierdzenia obecności dodatkowego echa w lewym przedsionku trudności diagnostyczne sprawia różnicowanie między skrzepliną a śluzakiem [5]. Obie zmiany charakteryzują się podobną echogenicznością i lokalizują najczęściej w jamie lewego przedsionka (w 74% przypadków) [4]. Cechą różnicującą, typową dla śluzaka, jest szypuła wywodząca się najczęściej z okolicy *fossa ovalis* przegrody międzyprzedsionkowej, sporadycznie ze ściany bocznej lewego przedsionka lub płatka mitralnego [3–5]. Wykonanie badania TEE wnosi często dodatkowe, pomocne w różnicowaniu informacje. Zaletą tego sposobu obrazowania jest możliwość określenia wielkości, dokładnej lokalizacji, ruchomości ocenianego guza oraz, w wypadku skrzepliny, oceny stopnia jej zorganizowania [6].

Niejednokrotnie ostateczna weryfikacja charakteru guza jest możliwa tylko śródoperacyjnie.

W omawianym przypadku zarejestrowaną w badaniu TTE zmianę opisano jako długą, wiotką skrzeplinę lub śluzaka o nietypowej lokalizacji szypuły w lewym przedsionku. Bardzo przydatnym badaniem okazało się TEE, na podstawie którego określono dokładnie morfologię i ruchomość guza oraz miejsce jego przyczepu w obrębie uszka lewego przedsionka (Rycina 2.). Jednakże postawienie ostatecznej diagnozy było możliwe dopiero śródoperacyjnie. Zarówno wynik badania TEE, jak i obecność u chorego czynników predysponujących do wykrzepiania krwi w lewym przedsionku, takich jak: AF, powiększony lewy przedsionek, brak leczenia antykoagulacyjnego, przemawiały za rozpoznaniem skrzepliny w lewym przedsionku mimo braku zwężenia lewego ujścia żylnego.

Skrzepliny w lewym przedsionku stwierdza się u 7–14% chorych z AF, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem udaru mózgu w tej grupie chorych (ok. 5% rocznie) [1, 7]. Według Leung i wsp. ryzyko powikłań zatorowych wzrasta u chorych ze skrzepliną ruchomą i o średnicy przekraczającej 15 mm [3, 8]. Według najnowszych wytycznych *American College of Cardiology*, *American Heart Association* oraz *European Society of Cardiology* (ACC/AHA/ESC) istnieją ścisłe rekomendacje włączenia u chorych z AF leczenia przeciwzakrzepowego, które zmniejsza ryzyko udaru pierwotnego i wtórnego o blisko 70%, podczas gdy leki przeciwplatekcyjne zmniejszają to ryzyko tylko o ok. 20% [2, 7]. Do czynników największego ryzyka powikłań naczyniowo-zatorowych u chorych z AF zalicza się: przebyty udar ośrodkowego układu nerwowego, przemijające niedokrwienie mózgu, zator systemowy w wywiadzie, obecność stenozы mitralnej lub protezy zastawki serca. Z umiarkowanym ryzykiem incydentu naczyniowego wiąże się obecność nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, obniżonej frakcji wyrzutowej lewej komory oraz cukrzycy [2]. U chorych obciążonych największym ryzykiem incydentu naczyniowo-zatorowego zaleca się stosowanie doustnego antykoagulantu z grupy antagonistów witaminy K, w takiej dawce, aby wartość INR wynosiła 2,0–3,0.

Biorąc pod uwagę najnowsze wytyczne ACC/AHA/ESC [2], omawianego chorego można zaliczyć do grupy chorych o umiarkowanym ryzyku udaru niedokrwienego mózgu. Zgodnie z zaleceniami w tej grupie chorych możliwe jest, obok leczenia przeciwplatekcyjnego, rozważenie terapii doustnym antykoagulantem. Omawiany przypadek pokazuje jednak, że rzeczywiste ryzyko incydentu zatorowego u chorych z AF może być znacznie większe

niż to wynikające z obecności u danego chorego czynników ujętych w tabelach ryzyka w rekomendacjach ACC/AHA/ESC. Stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym obecności dużej, ruchomej skrzepliny wewnątrzsercowej zwiększa dodatkowo ryzyko zatorów do naczyń obwodowych, w tym tętnic wieńcowych [9]. U omawianego chorego, przy braku istotnych zmian miażdżycowych w tętnicy dozawałowej, nie można wykluczyć mechanizmu zatorowego jako przyczyny zawału serca.

Omawiany przypadek pokazuje, że szczególnie uważnie należy obserwować chorych z rozpoznaniem AF, u których analiza czynników ryzyka wskazuje na umiarkowane zagrożenie powikłaniami naczyniowo-zatorowymi. Rzeczywiste ryzyko wystąpienia zatoru systemowego w tej grupie może być znacznie większe. Szczególnie przydatnym badaniem, które powinno być okresowo wykonywane u tych chorych, jest badanie echokardiograficzne. Niejednokrotnie może ono pomóc w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii doustnym antykoagulantem.

Piśmiennictwo

1. Porębska A, Nowacki P. Migotanie przedsionków jako istotny czynnik ryzyka udaru niedokrwienego mózgu. *Neurol Neurochir Pol* 2005; 39, 2: 134-40.
2. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). *Eur Heart J* 2006; 27: 1979-2030.
3. Podolec P, Tracz W, Hoffman P. Echokardiografia praktyczna. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005.
4. Hoffman P, Kasprzak J (eds.). Echokardiografia. *Via Medica*, Gdańsk 2005.
5. Kuśmierczyk-Droszcz B, Michalak E, Wołczyk J, et al. Skrzeplina czy śluzak? *Kardiologia Pol* 2005; 63: 337-9.
6. Chmielak Z, Deptuch T, Demkow M, et al. Czy przezskórna komisurotomia mitralna jest bezpieczną metodą leczenia chorych ze skrzepliną w uszku lewego przedsionka? *Post Kardiol Interw* 2006; 2: 94-8.
7. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, et al. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126 (3 Suppl): 429S-456S.
8. Leung DY, Davidson PM, Cranney GB, et al. Thromboembolic risks of left atrial thrombus detected by transesophageal echocardiogram. *Am J Cardiol* 1997; 79: 626-9.
9. Noto N, Osaka T, Yamanaka O, et al. A case of acute myocardial infarction due to coronary embolism from left atrial thrombus with atrial fibrillation. *Kokyu To Junkan* 1990; 38: 483-7.