

Przerzut raka wątroby do prawego przedsionka – opis przypadku

Hepatocellular carcinoma with metastases to the right atrium – case report

Jacek Kołacz, Mieczysław Pasowicz, Andrzej Fedak

Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków

Abstract

The case of hepatocellular carcinoma with metastases to the right atrium is described. The most frequent tumors of the right atrium are discussed.

Key words: hepatocellular carcinoma, metastases to the right atrium

Kardiologia Polska 2007; 65: 433-435

Nowotwory serca mogą mieć charakter guzów pierwotnych lub mogą występować jako przerzuty guzów złośliwych innych narządów. Guzy wtórne spotyka się znacznie częściej (30–40 razy) od guzów pierwotnych [1]. Przedstawiamy przypadek przerzutów raka wątrobowokomórkowego do prawego przedsionka.

Opis przypadku

Chora w wieku 56 lat została skierowana do pracowni echokardiografii z Oddziału Wirusowego Zapalenia Wątroby i Hepatologii Dorosłych, gdzie była leczona z rozpoznaniem niewyrównanej marskości wątroby w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

Miesiąc wcześniej na podstawie tomografii komputerowej jamy brzusznej rozpoznano zakrzepicę żyły wrotnej i żyły głównej dolnej (w leczeniu stosowano enoksaparynę). Na badanie echokardiograficzne została skierowana ze względu na stwierdzone w RTG klatki piersiowej powiększenie sylwetki serca i obecność płynu w jamach opłucnej. W badaniu echokardiograficznym uwidoczniło się prawidłową wielkość prawej i lewej komory i lewego przedsionka. Grubość ścian lewej ko-

mory, jej kurczliwość odcinkowa i całkowita, były prawidłowe. Uwidoczniło się płyn w worku osierdziowym – 11 mm za ścianą tylną, 6 mm przed ścianą przednią. Prawy przedsionek był powiększony, w całości wypełniony hiperechogenicznym guzem o wymiarach 62 × 37 mm (Ryciny 1. i 2.). Guz przylegał do płatków zastawki trójdzielnej, w okresie rozkurczu widoczne było przemieszczanie się drobnych fragmentów z obrzeża guza do prawej komory. Maksymalny gradient przez zastawkę trójdzielną miał wartość 10,8 mmHg, średni 5,70 mmHg (Rycina 3.)

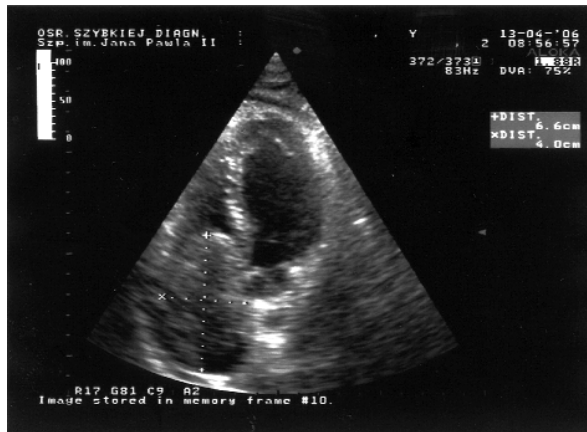
Uwidoczniło się również żyłę główną dolną. Ściany żyły były nierównomiernie pogrubiałe. Końcowy odcinek naczynia przed ujściem do przedsionka był wypełniony normoechogeniczną masą, nie stwierdzono przepływu w naczyniu w badaniu dopplerowskim (Rycina 4.).

Konsultujący kardiochirurg zakwalifikował chorobę do leczenia zachowawczego. Włączono enoksaparynę w dawce 1 mg/kg. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono zmian w obrazie guza w prawym przedsionku, natomiast uwidoczniło się zmiany w żyłę głównej dolnej, widoczne było całe światło

Adres do korespondencji:

lek. med. Jacek Kołacz, Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków, tel. +48 12 614 23 61, e-mail: jkolacz@op.pl

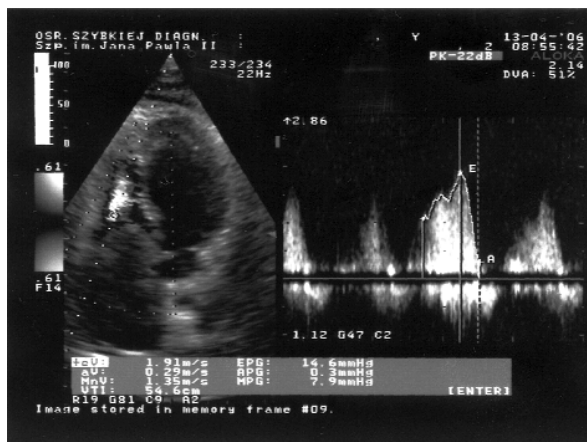
Praca wpłynęła: 23. 08. 2006. Zaakceptowana do druku: 30. 08. 2006.



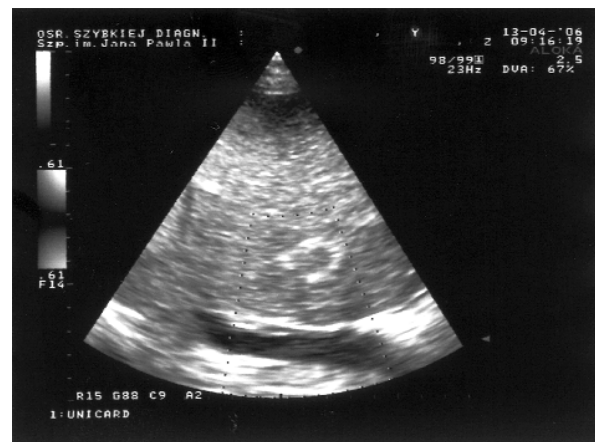
Rycina 1. Guz prawego przedsionka – projekcja koniuszkowa



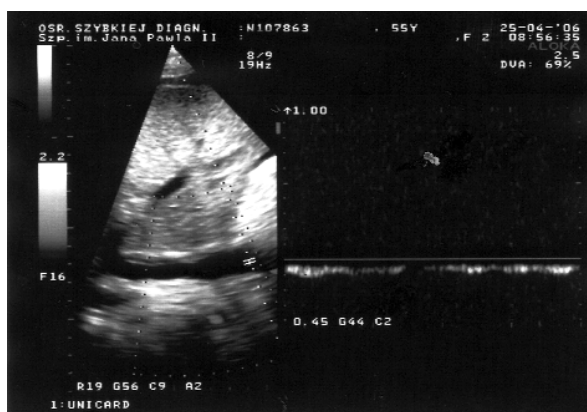
Rycina 2. Guz prawego przedsionka – projekcja podmostkowa



Rycina 3. Przepływ przez zastawkę trójdzielną



Rycina 4. Skrzeplina lub masa nowotworowa w dystalnym odcinku żyły głównej dolnej



Rycina 5. Prawidłowy przepływ w żyłę główną dolną po leczeniu enoksaparyną

naczynia. W badaniu dopplerowskim uwidoczniono przepływ (Rycina 5).

Stan chorej pogarszał się, narastały objawy obukomorowej niewydolności serca. Przeniesiono ją do Klini-

ki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii *Collegium Medicum* UJ. Usunięto operacyjnie guz prawego przedsionka i żyły głównej dolnej. Stan chorej był ciężki, w 2. dobie po zabiegu zmarła.

W badaniu histologicznym guza przedsionka i wycinków z wątroby rozpoznano *carcinoma hepatocellulare*.

Omówienie

Określenie charakteru guza na podstawie obrazu echokardiograficznego było trudne. Brano pod uwagę pierwotny i przerzutowy nowotwór serca oraz skrzeplinę. Najczęściej spotykanym pierwotnym guzem złośliwym prawego przedsionka jest mięsak. Jeśli chodzi o częstość występowania, zajmuje drugie miejsce za śluzakiem. Charakteryzuje go szybki wzrost i tendencja do przerzutów, które stwierdza się u większości chorych. Przerzuty najczęściej umiejscowione są w płucach, węzłach chłonnych klatki piersiowej, kręgosłupie, rzadziej w wątrobie, nerkach, nadnerczach, kościach,

śledzienie. Szybki rozrost guza sprawia, że może on obejmować jamy serca i osierdzie. Zajęcie przez guz osierdzia prowadzi do krwotocznego wysięku do jamy osierdziowej i może być powodem tamponady serca. Nacieczenie żyły próżnej górnej może powodować obrzęk twarzy, a żyły próżnej dolnej – wodobrzusze i zastój w wątrobie. Zgon następuje od kilku tygodni do 2 lat od rozpoznania [1].

Śluzaka w prawym przedsionku spotyka się w 18% przypadków tego guza [1]. Chirurgiczne usunięcie śluzaka daje trwałe wyleczenie.

Zmiany przerzutowe w prawym przedsionku opisano w przebiegu czerniaka, raka nerki, guza Wilmsa, raka nadnercza, raka jądra, raka z komórek wątrobowych [2–7]. Opisano też pojedyncze przypadki leczenia chirurgicznego przerzutów do prawego przedsionka z dłuższym okresem przeżycia [7, 8], jednak w wypadku tego typu zmian rokowanie jest niekorzystne, a leczenie zazwyczaj ogranicza się do postępowania paliatywnego [1]. Skrzepliny w prawym przedsionku mogą tworzyć się *in situ* lub dostawać się tam z żył głębokich w wypadku zakrzepowego zapalenia żył. Skrzepliny ruchome pochodzące z układu żylnego określa się jako typ A, natomiast nieruchome, tworzące się w przedsionku, jako typ B. Wyodrębniono również typ C – skrzepliny, których nie można sklasyfikować jako A lub B, są bowiem ruchome, ale nie mają typowego dla skrzeplin A węzowatego kształtu [8]. Stwierdzenie ruchomej skrzepliny typu A jest wskazaniem do leczenia operacyjnego lub – w razie przeciwwskazań – do leczenia fibrynolitycznego, w którym najlepsze wyniki uzyskiwano po podaniu tkankowego aktywatora plazminogenu [8, 9].

W wypadku przyściennej nieruchomej skrzepliny typu B wystarczające jest leczenie antykoagulacyjne. U tych pacjentów leczenie operacyjne jest uzasadnione

tylko wtedy, gdy skrzeplina jest duża i upośledza czynność mechaniczną przedsionka [8].

Określenie pochodzenia guza w prawym przedsionku na podstawie samego obrazu echokardiograficznego jest najczęściej niemożliwe, zazwyczaj pewne rozpoznanie uzyskuje się dopiero po wykonaniu zabiegu operacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Mandecki T, Szulc A. Nowotwory serca. In: Mandecki T (ed.). Kardiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 543.
2. Bortolotti U, Tursi V, Milano A, et al. Intracardiac metastatic melanoma: report of a case mimicking a right atrial myxoma, with a review of the literature. *Tex Herat Inst J* 1990; 17: 136-8.
3. Johnson MH, Soulen RL. Echocardiography of cardiac metastases. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 141: 677-81.
4. Cheng CY, Chien ST, Chen TY, et al. Hepatocellular carcinoma with metastasis to right atrium – a report of three cases. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi* 1995; 11: 528-36.
5. Errichetti A, Weyman AE. Cardiac tumors and masses. In: Weyman AE. Principles and practice of echocardiography. 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia 1994; 1166-8.
6. Melvin KN, Howard RJ, Rakowski H, et al. Embryonal carcinoma of the testis with metastases to the right atrium. *Can J Surg* 1983; 26: 86-8.
7. Yogita S, Tashiro S, Harada M, et al. Hepatocellular carcinoma with extension into the right atrium: report of a successful liver resection by hepatic vascular exclusion using cardiopulmonary bypass. *J Med Invest* 2000; 47: 155-60.
8. Mularek-Kubzdela T, Grygier M, Grajek S, et al. Skrzepliny prawego przedsionka – trudny problem diagnostyczny i terapeutyczny. *Przegl Lek* 1997; 54: 515-9.
9. Baruzzi AC, Katz A, Smith M, et al. Superior vena cava and right atrium thrombosis successfully treated with streptokinase. *Arq Bras Cardiol* 1997; 68: 35-7.