

Olbrzymi, bezobjawowy śluzak lewego przedsionka – opis przypadku

Large, asymptomatic left atrial myxoma – a case report

Ireneusz Jedliński¹, Małgorzata Duszyńska², Krzysztof Urbański², Marek Słomczyński², Maria Jamrozek-Jedlińska³, Eugeniusz Kaszkowiak⁴, Ryszard Kalawski⁴, Mirosława Kominek⁵, Krystyna Zawilska³

¹ Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

² Oddział Kardiologii, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

³ Oddział Chorób Wewnętrznych i Hematologii, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

⁴ Oddział Kardiologii, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

⁵ Oddział Kardiologii, Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny, Kowanówko

Abstract

We report a patient with a large, asymptomatic left atrial myxoma detected by transoesophageal echocardiography. The tumour filled the great part of the left atrium cave and led to mitral valve obstruction. Surgical management gave an excellent result.

Key words: cardiac tumour, left atrial myxoma, transesophageal echocardiography

Kardiologia Polska 2007; 65: 201-204

Nowotwory serca, zwłaszcza pierwotne, występują niezmiernie rzadko (ok. 2‰ badań sekcyjnych). Często duże guzy nie wywołują swoistych objawów, co uniemożliwia ich wczesne rozpoznanie [1, 2].

Poniżej przedstawiamy opis przypadku dużego, bezobjawowego śluzaka lewego przedsionka (LP).

Opis przypadku

Chora w wieku 45 lat została przyjęta na Oddział Kardiologii naszego szpitala z powodu stwierdzenia obecności w LP dużego, ruchomego dodatkowego echa o niejasnym charakterze. Do tej pory nie skarżyła się na dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego. Przed przyjęciem, w trakcie okresowej kontroli w poradni hematologicznej (przed 11 laty leczona przeszczepieniem szpiku kostnego z powodu ostrej białaczki szpikowej), stwierdzono niemierną pracę serca. Z tego powodu chorą skierowano na przezklatkowe badanie echokardiograficzne (TTE). Pod-

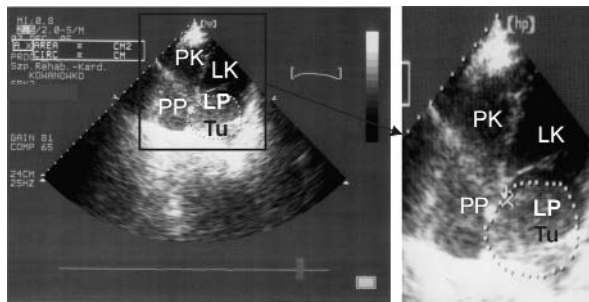
czas badania w świetle lewego przedsionka uwidoczniono dodatkowe echo wypętniające światło LP. Ze względu na złe warunki techniczne badania (Rycina 1.) chorą skierowano na Oddział Kardiologiczny w celu poszerzenia diagnostyki o przezprzełykowe badanie echokardiograficzne (TEE) oraz ustalenia dalszego postępowania.

W badaniu przedmiotowym w dniu przyjęcia nie stwierdzono istotnych odchyleń od stanu prawidłowego. Czynność serca była miarowa, 70/min, ciśnienie tętnicze 120/80 mmHg. W badaniu osłuchowym stwierdzono obecność cichego, rozkurczowego szmeru w miejscu osłuchiwania zastawki dwudzielnej. W EKG (Rycina 2.) – rytm zatokowy miarowy o częstości 57/min, cechy niepełnego bloku prawej odnogi pęczka Hisa. Z istotnych odchyleń w badaniach laboratoryjnych stwierdzono przyspieszony OB – 46 mm/godz.

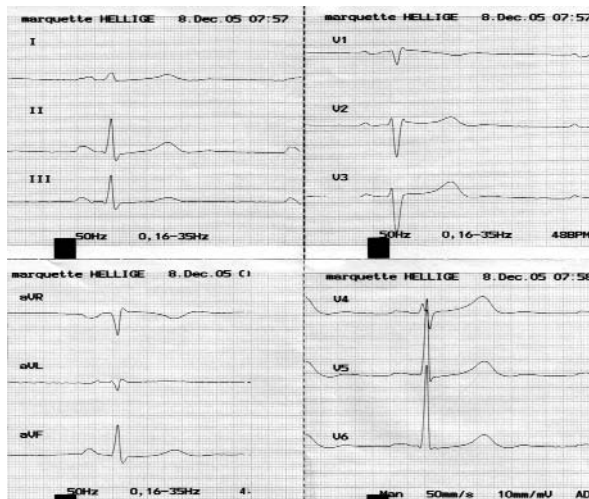
U chorej wykonano TEE. W świetle LP uwidoczniono duży, otorbiony guz o wymiarach 80 × 55 mm, z krótką

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń, Szpital Miejski im. Józefa Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61-833 Poznań, tel.: +48 601 87 38 70, e-mail: irejed@wp.pl



Rycina 1. Przekłatkowe badanie echokardiograficzne. W świetle lewego przedsionka widoczne dodatkowe echo (Tu) – linia przerywana. Po prawej stronie powiększony obraz w ramce LP – lewy przedsionek, PP – prawy przedsionek, PK – prawa komora, LK – lewa komora



Rycina 2. 12-odprowadzeniowe badanie EKG wykonane w dniu przyjęcia chorej

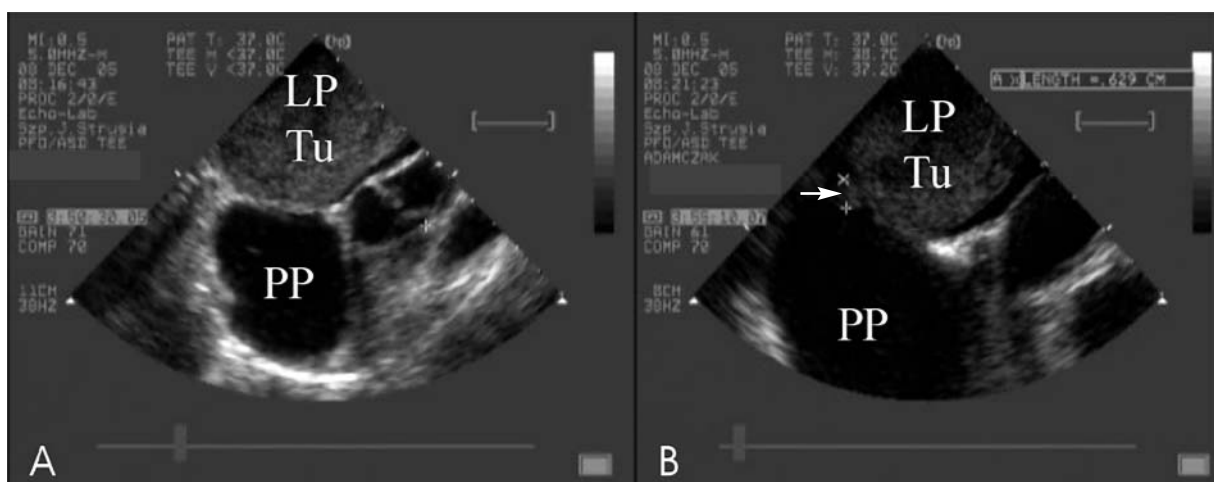
szypułą przytwierdzoną do przegrody międzyprzedsionkowej (PMP) tuż przy ujściu żyły głównej dolnej (Rycina 3).

Po zmianie projekcji uzyskano obraz drogi napływu lewej komory (DNLK). Obserwowano wpuklanie się ruchomego guza do światła lewej komory (LK), powodującego zwężenie DNLK (Rycina 4). W badaniu dopplerowskim wykazano podwyższony gradient ciśnień LP/LK, którego wartość wynosiła 21 mmHg.

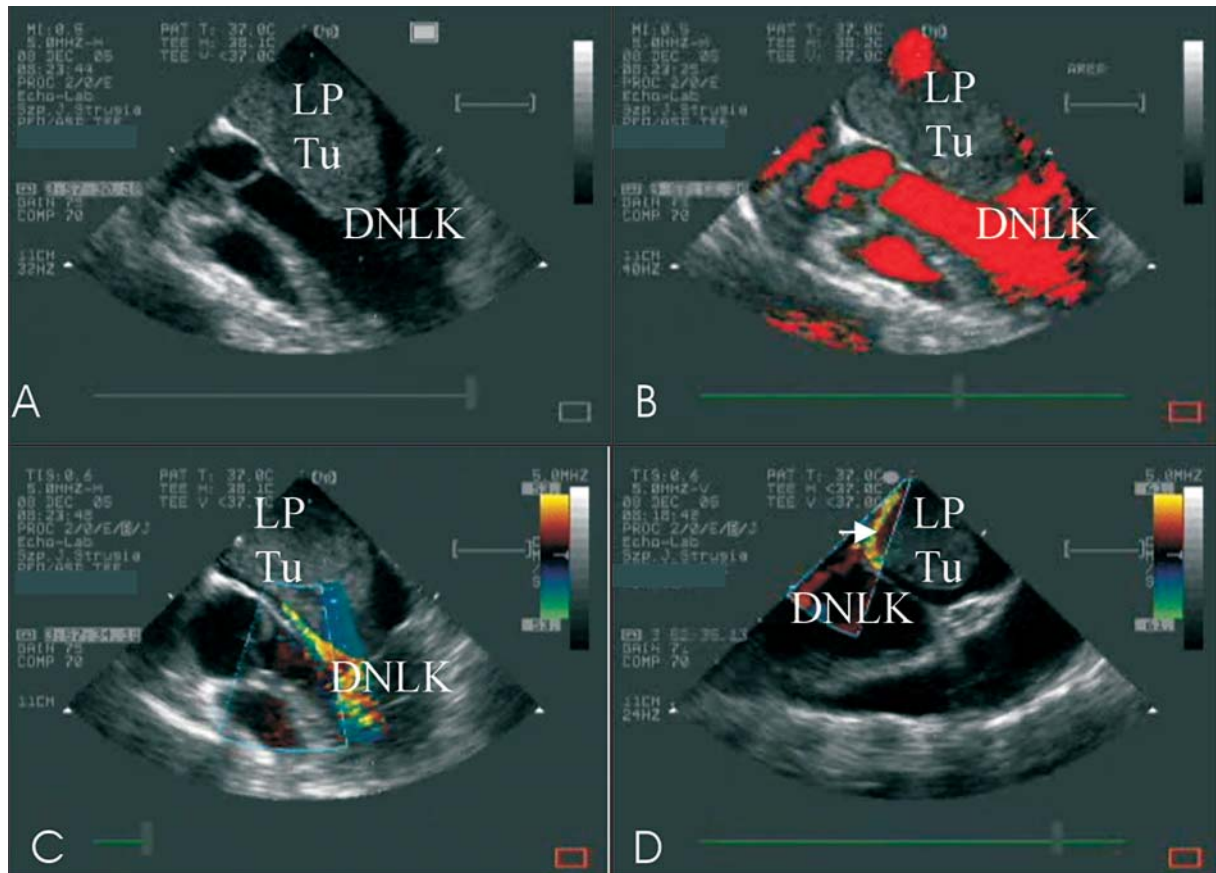
Na podstawie TEE wstępnie rozpoznano olbrzymi śluzak LP. Chorą w trybie pilnym skierowano na zabieg kardiochirurgiczny. W czasie zabiegu usunięto uszypułowany guz o średnicy 70 mm (Rycina 5.). Na podstawie cech makroskopowych rozpoznano śluzaka, co potwierdzono badaniem histopatologicznym guza. W okresie pooperacyjnym oraz w ciągu dalszych 2 mies. nie obserwowano powikłań.

Omówienie

Śluzak jest najczęściej występującym nowotworem pierwotnym serca [3]. Lokalizację lewoprzedsionkową stwierdza się 4-krotnie częściej niż prawoprzedsionkową. Guzy te mogą osiągać znaczne rozmiary, a ich średnica może dochodzić do 150 mm. Często pokryte są zakrzepami. Z powodu galaretowatej konsystencji są one podatne na rozkawałkowanie. Fragmenty guza powodują objawy związane z zatorowością centralną (udar niedokrwienny mózgu) lub obwodową (zawał serca, śledziony, nerki itp.) [4–6]. Najczęściej występujące objawy kliniczne związane są z obecnością nadkomorowych zaburzeń rytmu (pobudzenia dodatkowe, częstoskurcz nadkomorowy, trzepotanie lub migotanie przedsionków), powodujących uczucie kołatania serca [4–6].

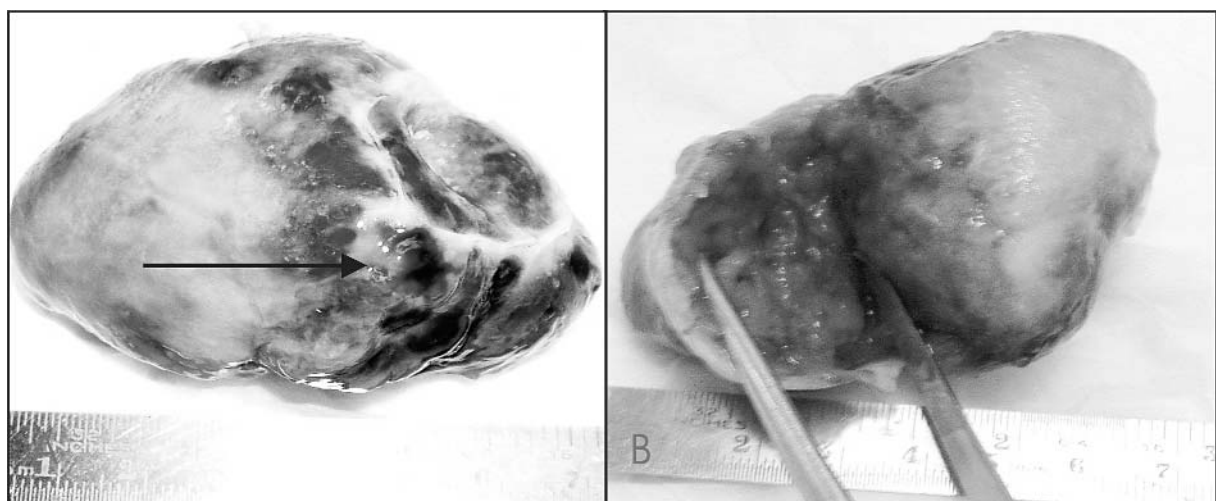


Rycina 3. Przekrzepkowe badanie echokardiograficzne. W świetle lewego przedsionka uszypułowany guz (Tu). Strzałka pokazuje miejsce przyczepu guza do przegrody międzyprzedsionkowej LP – lewy przedsionek, PP – prawy przedsionek



Rycina 4. Przezprzełykowe badanie echokardiograficzne. W świetle lewego przedsionka widoczny balotujący guz (Tu) wpuklający się do drogi napływu lewej komory. Strzałką zaznaczono falę zwrotną przez zastawkę mitralną

LP – lewy przedsionek, DNLK – drogi napływu lewej komory



Rycina 5. Obraz śródoperacyjny guza. Strzałką zaznaczono szypułę

Duże, uszypułowane śluzaki LP często powodują zwężenie DNLK, co prowadzi do powstania objawów przypominających zwężenie lewego ujścia żylnego. Można stwierdzić wówczas wyraźny szmer rozkurczowy w polu osłuchiwania zastawki mitralnej [7]. W przypadku opisywanej chorej guz, pomimo znacznych rozmiarów, nie spowodował pojawienia się wyraźnych objawów klinicznych poza przejściową niemiarnością pracy serca.

Niektóre śluzaki mogą powodować odchylenia w badaniach laboratoryjnych, np. leukocytozę, niedokrwistość, przyspieszony OB, a inne wytwarzają cytokiny powodujące ogólnoustrojową reakcję zapalną [8].

Przezskłatkowe badanie echokardiograficzne zazwyczaj jest wystarczające do rozpoznania śluzaka LP. Cennym uzupełnieniem diagnostyki jest TEE, dostarczające informacji o miejscu przyczepu szypuły oraz o obecności zakrzepów na guzie [9]. W naszym przypadku TEE umożliwiło postawienie rozpoznania wstępnego oraz uwidocznienie miejsca przytwierdzenia guza do PMP. Mehmood i wsp. wykorzystali do diagnostyki śluzaków LP TTE trójwymiarową z użyciem kontrastu. Technika ta pozwala określić stosunki anatomiczne, a nawet unaczynienie guza, co jest szczególnie przydatne przed planowaną jego resekcją [10]. Do podobnych wniosków doszli Ahmed i wsp., używając trójwymiarowej TEE [11].

Cennym uzupełnieniem diagnostyki śluzaków serca jest badanie rezonansu magnetycznego z podaniem gadolinium-DTPA oraz tomografia komputerowa [12, 13], pozwalające różnicować śluzaka ze skrzepliną. Araoz i wsp. porównywali wartość diagnostyczną obu badań z badaniem echokardiograficznym [14] i stwierdzili, iż stanowią one cenne uzupełnienie nie tylko w diagnostyce, ale również w planowaniu dalszego leczenia (zabiegu operacyjnego). Natomiast Agostini i wsp. podjęli udaną próbę uwidocznienia śluzaka prawego przedsionka przy użyciu pozytonowej tomografii emisyjnej z zastosowaniem 18-fluorodeoksyglukozy [15].

Stwierdzenie śluzaka obturującego ujście zastawkowe (żylnie lub tętnicze) stanowi wskazanie do pilnego zabiegu kardiologicznego. W innych przypadkach również nie należy zwlekać z operacją usunięcia guza ze względu na duże ryzyko zatorowości oraz szybki jego wzrost. Trzeba także pamiętać, że śluzaki mogą występować jako guzy mnogie, a częstość tego zjawiska sięga 8% [9], dlatego należy zawsze poszukiwać guza o innej lokalizacji (zespół Carneya). Guzy o tym charakterze czasami występują rodzinnie, dlatego wskazane jest wykonanie badania echokardiograficznego u członków najbliższej rodziny [9].

Leczenie śluzaków polega na chirurgicznym usunięciu guza. Po operacji wskazana jest kontrola echokar-

diograficzna, także za pomocą TEE, ze względu na ewentualną wznowę, do której dochodzi średnio po upływie 4 lat od zabiegu [16].

Opisany przypadek potwierdza, że śluzaki serca mogą przebiegać skąpo- lub bezobjawowo, nawet gdy mają znaczne rozmiary.

Piśmiennictwo

1. Majano-Lainez RA. Cardiac tumors: a current clinical and pathological perspective. *Crit Rev Oncog* 1997; 8: 293-303.
2. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol* 1996; 77: 107.
3. Goswami KC, Shrivastava S, Bahl VK, et al. Cardiac myxomas: clinical and echocardiographic profile. *Int J Cardiol* 1998; 63: 251-9.
4. Ozaydin M, Dogan A, Altinbas A. Left atrial myxoma presenting with acute myocardial infarction-a case report. *Angiology* 2005; 56: 767-9.
5. Altundag MB, Ertas G, Ucer AR, et al. Brain metastasis of cardiac myxoma: case report and review of the literature. *J Neurooncol* 2005; 75: 181-4.
6. Coley C, Lee KR, Steiner M, et al. Complete embolization of a left atrial myxoma resulting in acute lower extremity ischemia. *Tex Heart Inst J* 2005; 32: 238-40.
7. Parissis JT, Zezas S, Sfiras N, et al. An atypical left atrial myxoma causing intracavitary pressure gradient and typical diastolic transmitral flow of severe mitral stenosis. *Int J Cardiol* 2002; 84: 69-75.
8. Sakamoto H, Sakamaki T, Sumino H, et al. Production of endothelin-1 and big endothelin-1 by human cardiac myxoma cells-implications of the origin of myxomas. *Circ J* 2004; 68: 1230-2.
9. Sabatine MS, Colucci WS, Schoen FJ. Primary tumors of the heart. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, et al. (eds). *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 7th ed. Elsevier Saunders, Philadelphia 2005: 1741-55.
10. Mehmood F, Nanda NC, Vengala S, et al. Live three-dimensional transthoracic echocardiographic assessment of left atrial tumors. *Echocardiography* 2005; 22: 137-43.
11. Ahmed S, Nanda NC, Miller AP, et al. Volume quantification of intracardiac mass lesions by transesophageal three-dimensional echocardiography. *Ultrasound Med Biol* 2002; 28: 1389-93.
12. Deetjen A, Mollmann S, Dill T, et al. Left atrial myxoma diagnosed and characterized by cardiac magnetic resonance imaging. *Z Kardiol* 2005; 94: 695-8.
13. Tatli S, Lipton MJ. CT for intracardiac thrombi and tumors. *Int J Cardiovasc Imaging* 2005; 21: 115-31.
14. Araoz PA, Mulvagh SL, Tazelaar HD. CT and MR imaging of benign primary cardiac neoplasms with echocardiographic correlation. *Radiographics* 2000; 20: 1303-19.
15. Agostini D, Babatasi G, Galateau F, et al. Detection of cardiac myxoma by F-18 FDG PET. *Clin Nucl Med* 1999; 24: 159-60.
16. Selkane C, Amahzoune B, Chavanis N, et al. Changing management of cardiac myxoma based on a series of 40 cases with long-term follow-up. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 1935-8.