

Olbrzymia skrzeplina w lewym przedsionku u chorego z niewydolnością serca

Giant left atrial thrombus in a patient with heart failure

Anna Borowiec-Kocańda, Bohdan Firek, Jacek Woźniak, Rafał Dąbrowski, Tomasz Chwyczko, Hanna Szwed

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiologia Pol 2007; 65: 1252–1254

Mężczyzna 51-letni, otyły (BMI 35 kg/m²), z rozpoznaną kardiomiopatią rozstrzeniową, po plastyce zastawki mitralnej w 2003 r., po wszczępieniu układu stymulującego serce typu VVI w tym samym roku z powodu pooperacyjnego bloku całkowitego, z utrwalonym migotaniem przedsionków, przewlekłe leczony doustnym antykoagulantem, został przyjęty do Kliniki z powodu nasilenia objawów niewydolności serca (klasa III wg NYHA).

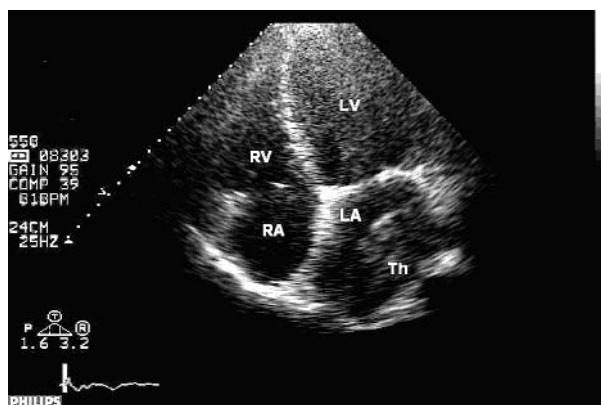
Przy przyjęciu stan ogólny chorego był średni – mężczyzna zgłaszał znacznie obniżoną tolerancję wysiłku oraz duszność. Z odchyień w badaniu przedmiotowym stwierdzono osłuchowo cechy zastojów w krążeniu małym, całkowicie niemiarową czynność serca ok. 130/min, wystającą na 2 cm poniżej łuku żebrowego wątrobę oraz obrzęki kończyn dolnych. Ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 140/90 mmHg. W EKG było obecne migotanie przedsionków o częstotliwości komór ok. 130/min oraz cechy przeciążenia i przerostu lewej komory (LV). Wskaźnik protrombiny przy przyjęciu wynosił 92% (INR 1,08). Zmodyfikowano leczenie niewydolności serca (beta-bloker, inhibitor enzymu konwertującego angiotensynę, spironolakton, furosemid) oraz leczenie przeciwkrzepliwe, tak aby uzyskać INR 2,0–3,0.

W przekłatkowym badaniu echokardiograficznym uwidoczniło się znacznie powiększone jamy serca – wymiar końcoworozkurczowy LV 71 mm, wymiar lewego przedsionka (LA) 70 mm – oraz poszerzoną aortę wstępującą – 40 mm. Opisano uogólnioną hipokinezę LV; obliczona planimetrycznie frakcja wyrzutowa wynosiła 30%. Stwierdzono również małą falę zwrotną mitralną, z maksymalnym gradientem przez zastawkę –3 mmHg, małą falę zwrotną trójdzielną, prawidłowe ciśnienie w tętnicy płucnej oraz elektrodę w jamie prawej komory. W LA przy ścianie tylnobocznej stwierdzono dodatkowe

echo o wymiarach 45/83 mm, o echogenności zorganizowanej skrzepliny (Ryciny 1. i 2.).

Następnie wykonano przezprzełykowe badanie echokardiograficzne (TEE), które uwidoczniło twór w LA wypełniający ponad połowę światła przedsionka od strony jego sklepienia i upośledzający napływ z żyły płucnej prawej (Rycina 3.). Uwidoczniło się również echogenną krew oraz uszko LA, które było wolne od skrzeplin. W trakcie badania zwracała uwagę wyraźna warstwowość skrzepliny, która świadczy o długim czasie jej narastania.

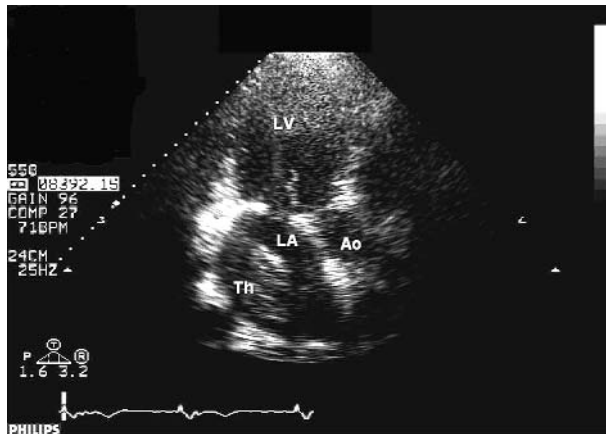
Ze względu na stwierdzoną w badaniu echokardiograficznym olbrzymią skrzeplinę, ponownie zmodyfikowano leczenie przeciwkrzepliwe, zwiększając dawki acenokumarolu tak, aby uzyskać INR 3,0–3,5.



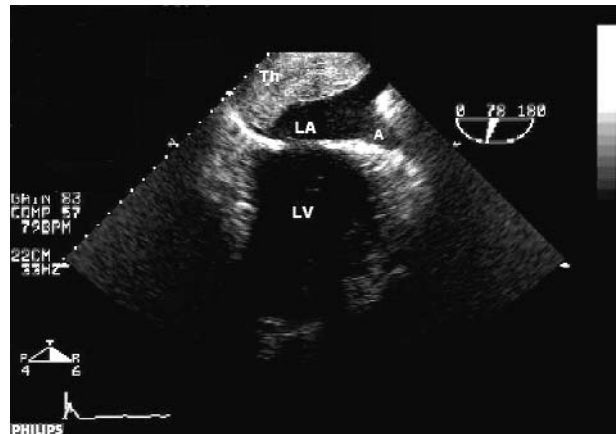
Rycina 1. Badanie przezklatkowe. Projekcja czteryjramowa koniuszkowa. Powiększona lewa komora i lewy przedsionek. W lewym przedsionku przy ścianie bocznej widoczna skrzeplina Th – skrzeplina, LA – lewy przedsionek, LV – lewa komora, RA – prawy przedsionek, RV – prawa komora

Adres do korespondencji:

Anna Borowiec-Kocańda, II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel.: +48 22 343 40 50, faks: +48 22 844 95 10, e-mail: anaborowie@hotmail.com



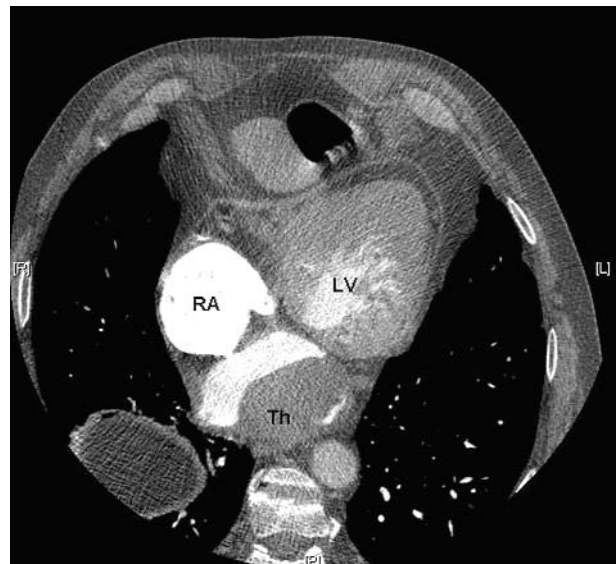
Rycina 2. Badanie przezklatkowe. Projekcja trójwymiarowa koniuszkowa. W lewym przedsionku przy ścianie tylnej obecna skrzeplina
Th – skrzeplina, LA – lewy przedsionek, LV – lewa komora, Ao – aorta



Rycina 3. Badanie przezprętkowe. Projekcja dwuwymiarowa. Uwidoczniono uszko lewego przedsionka, które było wolne
Th – skrzeplina, A – uszko, LA – lewy przedsionek, LV – lewa komora



Rycina 4. Badanie metodą tomografii komputerowej
Th – skrzeplina, LA – lewy przedsionek, LV – lewa komora, RA – prawy przedsionek, RV – prawa komora



Rycina 5. Badanie metodą tomografii komputerowej
Th – skrzeplina, LV – lewa komora, RA – prawy przedsionek

W pracowni 64-rzędowej tomografii komputerowej opisano nieulegający wzmocnieniu kontrastowemu twór w LA odpowiadający skrzeplinie o wymiarach 44/83/75 mm. Skrzeplina przylegała do tylnej i bocznej ściany przedsionka w odległości 20 mm od zastawki mitralnej, przymykając światło żyły płucnej dolnej prawej (Ryciny 4. i 5.). Opisano również prawidłowo powietrzny miąższ płucny oraz niepowiększone węzły chłonne śródpiersia i wnęk płucnych.

Po konsultacji kardiologicznej wykluczono u chorego operacyjne usunięcie skrzepliny z LA ze względu na duże ryzyko jej nawrotu w tak istotnie poszerzonych jamach serca. Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania niewydolności serca, zakwalifikowano go wstępnie do przeszczepu serca (ang. *orthotopic heart transplantation*, OHT).

W ramach kwalifikacji do OHT wykonano koronarografię, która uwidoczniała prawidłowe tętnice wieńcowe, oraz cewnikowanie prawego serca, w którym stwierdzono ciśnienie w prawej komorze o wartości 45/0 mmHg. Z powodu trudności technicznych nie udało się przejść cewnikiem do tętnicy płucnej. Wykonano również gastroscopię, spirometrię oraz badania bakteriologiczne i immunologiczne (przeciwciała anti-CMV, przeciwciała anti-*Toxoplasma gondii*, HBs antygen, przeciwciała anti-HBs, przeciwciała anti-HCV, przeciwciała anti-HIV). Chorego skonsultowano laryngologicznie i stomatologicznie.

W trakcie pobytu w Klinice stan kliniczny chorego stopniowo się poprawiał. Obecnie chory oczekuje na ukończenie pomiarów parametrów hemodynamicznych z zaleceniem redukcji masy ciała przynajmniej o 10 kg.

Omówienie przypadku

Skrzeplina w LA jest znaleziskiem echokardiograficznym, które spotykamy rzadko. Najczęściej u chorych z wadą zastawki mitralnej oraz migotaniem przedsionków [1]. Badanie echokardiograficzne jest podstawowym narzędziem w diagnostyce skrzeplin w jamach serca. Ze względu na dużą częstość występowania skrzeplin zlokalizowanych w uszku LA, metodą z wyboru w ich diagnostyce jest TEE [2].

Dalsze postępowanie po wykryciu skrzepliny w jamach serca obejmuje, w zależności od jej rodzaju, umiejscowienia i etiologii, leczenie farmakologiczne i/lub operacyjne. U opisanego chorego szansa na rozpuszczenie skrzepliny była bardzo mała, ze względu na jej wielkość oraz długi czas narastania. U chorego wykluczono również operacyjne usunięcie skrzepliny ze względu na duże prawdopodobieństwo jej nawrotu w poszerzonych jamach serca. W tym konkretnym przypadku – chorego z kardiomiopatią rozstrzeniową, nie-

wydolnością serca i ogromną skrzepliną – najskuteczniejszą metodą leczenia wydaje się przeszczep serca.

Przedstawiamy ten przypadek, aby pokazać, jak trudne może być postępowanie z chorym z kardiomiopatią rozstrzeniową. Olbrzymia skrzeplina w LA utworzyła się mimo tego, że chory otrzymywał leczenie przeciwkrzepliwe. Należy podkreślić konieczność prawidłowego prowadzenia leczenia przeciwkrzepliwego, szczególnie u chorych obciążonych dużym ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Piśmiennictwo

1. Wrisley D, Giambartolomei A, Lee I, et al. Left atrial ball thrombus: review of clinical and echocardiographic manifestations with suggestion for management. *Am Heart J* 1991; 121: 1784-90.
2. Chiu KM, Lin TY, Chu SH. Huge left atrial thrombus in a patient with mitral bioprosthesis. *Heart* 2006; 92: 1212.
3. Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, et al. *Hurst's The Heart*. McGraw-Hill, New York 2004.
4. Podolec P, Tracz W, Hoffman P (eds.). *Echokardiografia praktyczna*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004.