

Przerzutowy guz raka nerki imitujący śluzaka prawego przedsionka. Opis przypadku

Renal carcinoma extending to the inferior vena cava and the right atrium. A case report

Magdalena Zarukiewicz¹, Anna Pośnik-Kisło¹, Marcin Borys¹, Marek Dąbrowski¹,
Piotr Suwalski², Kazimierz Suwalski², Jerzy A. Polański³

¹Zespół Badawczo-Lecznicy Chorób Układu Krążenia, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN im. M. Mossakowskiego; Kliniczny Oddział Kardiologii, Szpital Bielański, Warszawa

²Kliniczny Oddział Kardiologii, Akademia Medyczna, Warszawa

³II Katedra i Klinika Chirurgii, Akademia Medyczna, Warszawa

Abstract

A case of a 66-year-old male hospitalised due to heart failure is presented. Echocardiography showed an abnormal structure in the right atrium resembling myxoma or thrombus. Abdominal ultrasonography revealed a right renal tumor. Finally, magnetic resonance imaging showed that the abnormal structure in the right atrium was a neoplastic plug continuously extending from renal carcinoma. The renal tumor and its metastatic plug were successfully removed during surgery.

Key words: myxoma, primary heart tumors, metastatic heart tumors

Kardiologia Polska 2006; 64: 999-1001

Mężczyzna w wieku 66 lat, z przewlekłą chorobą wieńcową, po przebytych zawałach ściany dolnej mięśnia sercowego, z nadciśnieniem tętniczym, po udarze pnia mózgu, został przyjęty na oddział chorób wewnętrznych z powodu duszności wysiłkowej, narastania obrzęków kończyn dolnych i stanów podgorączkowych. Ponadto miał cukrzycę typu 2 leczoną insuliną, hipercholesterolemię, zespół pozakrzepowy obu podudzi, martwicę palca IV stopy lewej w przebiegu ropowicy stopy, wodniaka jądra lewego oraz był palaczem tytoniu.

W wykonanym badaniu echokardiograficznym uwidoczono kulistą twórz o wymiarach 20 x 22 mm w jamie prawego przedsionka balotujący na szypule, wpadający do drogi napływu prawej komory, związany najprawdopodobniej z przegrodą międzyprzedsionkową lub okolicą spływu żylnego z żyły głównej dolnej (Rycina 1.), bez cech zwężenia zastawki trójdzielnej oraz bez cech

nadciśnienia w prawym przedsionku. Pień płucny był nieposzerzony, nie stwierdzono cech nadciśnienia płucnego. Towarzysząca niedomykalność zastawki trójdzielnej była nieistotna hemodynamicznie. Ponadto stwierdzono ekscentryczny przerost ścian lewej komory bez istotnej dysfunkcji rozkurczowej, hipoakinezę segmentów przypodstawnych i środkowych ściany dolnej lewej komory z frakcją wyrzucania 45%.

Z powodu stwierdzonej w badaniu przedmiotowym powiększonej wątroby i obrzęków kończyn dolnych wykonano USG jamy brzusznej, w którym uwidoczono listą zmianę w prawej nerce. Tomografia komputerowa (*computer tomography*, CT) potwierdziła obecność nieprawidłowej masy w górno-bocznej części prawej nerki, o niejednorodnej gęstości, o wymiarach 54 x 64 mm, przemieszczającej się w kierunku wnęki nerki, prawdopodobnie naciekającej żyłę nerkową. Wątroba, śledziona

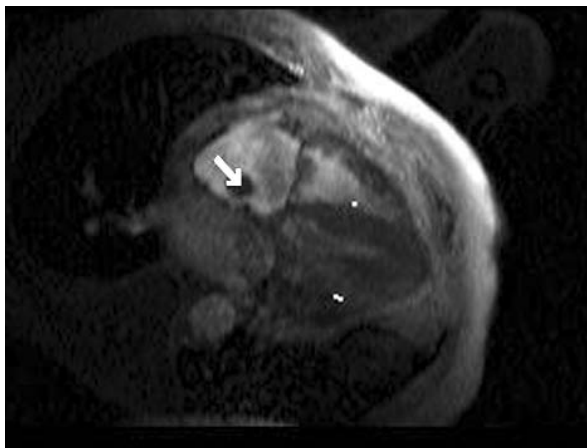
Adres do korespondencji:

Magdalena Zarukiewicz, Zespół Badawczo-Lecznicy Chorób Układu Krążenia, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, ul. Pawińskiego 5, 02-106 Warszawa, tel./faks: +48 22 569 02 92, e-mail: borys@bielanski.med.pl

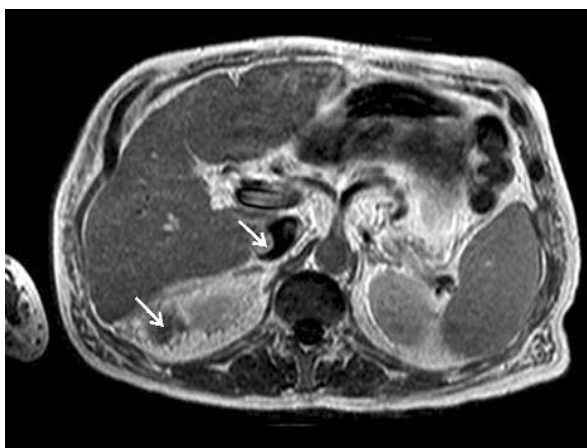
Praca wpłynęła: 03.01.2006. Zaakceptowana do druku: 10.01.2006.



Rycina 1. Widoczny w badaniu echokardiograficznym kulisty twór w jamie prawego przedsionka



Rycina 2. Widoczny w badaniu rezonansu magnetycznego twór w prawym przedsionku



Rycina 3. Widoczny w badaniu rezonansu magnetycznego guz prawej nerki i czop nowotworowy w żyłę głównej dolnej

i lewa nerka nie wykazywały zmian. Węzły chłonne zaotrzewnowe były niepowiększone.

W związku z obrazem w badaniu echokardiograficznym chory z podejrzeniem śluzaka lub skrzepliny prawego przedsionka został przeniesiony na oddział kardiologii, gdzie został wstępnie zakwalifikowany do zabiegu kardiochirurgicznego. Ze względu na guz prawej nerki został również, niezależnie od planowanego zabiegu kardiochirurgicznego, zakwalifikowany do nefrektomii prawostronnej. Brano pod uwagę, że stwierdzony guz serca może mieć charakter przerzutowy. Kliniczny oddział kardiologii, na którym pacjent miał być operowany, podjął starania o równoczesne wykonanie obu zabiegów.

Wcześniej, ze wskazań życiowych – z powodu ropowicy lewej stopy z martwicą palca IV, wykonano amputację palca z równoczesnym zastosowaniem antybiotykoterapii (w posiewie z rany wyhodowano *Staphylococcus aureus* i *Proteus mirabilis* wrażliwe na piperacylinę). Ponieważ rana się nie goiła, stosowano antybiotykoterapię zgodnie z kolejnym antybiogramem (w posiewie wyhodowano *Proteus mirabilis* i *Enterobacter cloacae*, a następnie *Pseudomonas aeruginosa*).

W związku z istniejącym, pomimo leczenia, źródłem zakażenia dyskwalifikującym chorego z zabiegu kardiochirurgicznego i małym prawdopodobieństwem wyleczenia ropowicy u chorego z obrazem stopy cukrzycowej, w porozumieniu z oddziałem chirurgii ogólnej i naczyniowej zdecydowano się na amputację lewej kończyny dolnej na poziomie uda. W trakcie hospitalizacji utrzymywały się stany podgorączkowe. Wykonane posiewy krwi były ujemne. Zaopatrzone jednocześnie inne ogniska infekcji w jamie ustnej i nosogardzieli.

Po amputacji udowej lewostronnej uzyskano wygojenie rany, pacjent przestał gorączkować. Z powodu bólów głowy, okresowo pojawiających się nudności, wymiotów, wykonano CT OUN, które wykluczyło ogniska przerzutowe z guza nerki.

Ze względu na zawał mięśnia sercowego w wywiadzie, w celu określenia ryzyka okołoperacyjnego wykonano koronarografię, w której uwidoczniono zwężony o 60% początkowy odcinek gałęzi przedniej zstępującej, zwężoną 2-krotnie o 95% prawą tętnicę wieńcową wypełniającą się wstecznie przez naczynie krążenia obocznego od lewej tętnicy wieńcowej. Podczas hospitalizacji wystąpił napad trzepotania przedsionków z samoistnym powrotem rytmu zatokowego. W trakcie obserwacji klinicznej nastąpiło również pogorszenie wydolności nerek ze wzrostem poziomu kreatyniny do 1,8 mg%.

Po wygojeniu kikuta lewej kończyny dolnej, w stanie stabilnym, pacjent został przeniesiony do Kliniki Kardiologii CSK AM w Warszawie. Uzupelniono tam diagnostykę obrazową kontrolnym badaniem echokardiograficznym oraz badaniem tomografii rezonansu magnetycznego, który uwidoczniał zmiany w prawym

przedsionku o wymiarach 18 x 15 mm (Rycina 2.), mającą swój początek w żyłę głównej dolnej (Rycina 3.), przechodzącą z prawej żyły nerkowej. Zmiana na całym przebiegu nieprzyczepiająca się i nienaciekająca przyległych struktur anatomicznych, luźno balotowała, wypełniając 50–80% przekroju żyły głównej dolnej. W prawej nerce potwierdzono guz o wymiarach 57 x 43 mm (Rycina 3.) naciekający żyłę nerkową, wykraczający poza torebkę, naciekający tkankę tłuszczową. Oceniono, że powyższe obrazy były charakterystyczne dla czopu nowotworowego wychodzącego z guza prawej nerki.

W badaniu urograficznym obie nerki wydzielaly jednocześnie cieniujały mocz. Nerka prawa w fazie nefrogrammu miała zatarte zarysy. Moczowód prawy, widoczny tylko w początkowym odcinku, był nieposzerzony. Nerka lewa i pęcherz moczowy były prawidłowe.

W trakcie nefrektomii prawostronnej usunięto czop nowotworowy idący od nerki przez żyłę główną dolną do prawego przedsionka, luźno balotujący w naczyniu. Wykonane śródoperacyjnie przezprzetykowe badanie echokardiograficzne potwierdziło całkowite usunięcie czopa z prawego przedsionka. W badaniu histopatologicznym potwierdzono guz nerki o średnicy 4 cm, niewyraźnie odgraniczony, wrastający we wnękę, naciekający, ale nieprzekraczający torebki, a w żyłę nerkowej czop nowotworowy o długości 12 cm i średnicy 2 cm. We wnękę węzeł chłonny bez przerzutu. Rozpoznanie: *ca renocellulare – larocellulare*.

Pacjent w stanie stabilnym został wypisany do domu z zaleceniem zgłoszenia się na konsultację urologiczną w celu ustalenia dalszego postępowania.

Omówienie

Guzy serca dzielimy na pierwotne i przerzutowe. Objawy są zależne od umiejscowienia guza w strukturach serca. Guzy umiejscowione w prawej komorze mogą wywoływać objawy wynikające z utrudnionego przepływu płucnego, niekiedy naśladują zatorowość płucną. Guzy zlokalizowane w prawym przedsionku mogą być przyczyną niewydolności prawokomorowej serca oraz zespołu żyły głównej górnej. Lokalizacja w lewym przedsionku może naśladować zwężenie lewego ujścia żylnego, w lewej komorze – zawężenie drogi odpływu, może być też przyczyną zaburzeń rytmu. Guzy serca stanowią potencjalne źródło powikłań zatorowych i infekcyjnych.

Guzy pierwotne stwierdza się rzadko, 1 na 2000–4000 badań autopsyjnych, 3/4 z nich to guzy łagodne. Najczęściej występującym guzem pierwotnym jest śluzak (30–50%), w 76% zlokalizowany w lewym przedsionku, gdzie szypułką łączy się z przegrodą międzyprzedsionko-

wą. W 25% śluzak znajduje się w prawym przedsionku, rzadko spotyka się śluzaki komór.

Przerzuty nowotworów do serca są 40 razy częstsze od guzów pierwotnych. Mogą szerzyć się drogą chłonki (rak płuc i sutka), krwi (mięsaki) oraz przez ciągłość (rak jasnokomórkowy nerki wrastający w żyłę główną dolną). Przerzuty mogą dotyczyć osierdzia (rak sutka, płuca, czerniak, chłoniaki, białaczki), mięśnia sercowego (chłoniaki, białaczki) i wsierdzia. Główną rolę w diagnostyce guzów serca odgrywają badania obrazowe, a wśród nich echokardiografia przekłatkowa, często uzupełniana badaniem przezprzetykowym. Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny (*magnetic resonance imaging*, MRI) dostarczają informacji o rodzaju tkanki wchodzącej w skład guza i naciekaniu. Dzięki MRI można precyzyjnie określić położenie guza, jego stosunek do struktur serca i dużych naczyń. MRI jest bardziej przydatny niż CT w określeniu wielkości guza, jego położenia, ewentualnie naciekania struktur sąsiadujących, a nawet w określeniu tkanki wchodzącej w skład guza. Poza tym MRI lepiej różnicuje guzy od skrzeplin. Wyjątkiem mogą być śluzaki, zawierające w swej budowie znaczne ilości żelaza. Badanie EKG rzadko wykazuje zmiany. Przy naciekaniu mięśnia sercowego można stwierdzić niespecyficzne zmiany odcinka ST-T.

W wyżej omówionym przypadku klinicznym początkowo podejrzewano u pacjenta dwie różne, niezależne choroby nowotworowe: śluzaka prawego przedsionka i guza nerki. Brano też pod uwagę przerzut guza nerki do prawego przedsionka. Jak się okazało, guz serca był wtórnym uszypułowanym tworem wywodzącym się przez ciągłość z guza nerki, co zostało potwierdzone dopiero w badaniu MRI. Dodatkową trudnością terapeutyczną było wysokie ryzyko operacyjne ze względu na ciężkie obciążenia i choroby współistniejące. Największą przeszkodą we właściwym przygotowaniu chorego do zabiegu operacyjnego była oporna na leczenie ropowica w przebiegu stopy cukrzycowej, zakończona trudną decyzją o amputacji kończyny na poziomie uda. Takie postępowanie umożliwiło podjęcie decyzji o operacji guza nerki z dużym prawdopodobieństwem jednoczesnego wykonania zabiegu w obrębie prawego przedsionka, co ostatecznie okazało się zbyteczne.

Piśmiennictwo

1. Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 6th edition. *WB Saunders Co.*, Philadelphia 2001: 336-7.
2. Hoffman P, Kasprzak JD. Echokardiografia. *Via Medica*, Gdańsk 2004: 292-301.
3. Januszewicz W, Kokot F. Interna. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*, Warszawa 2002: 245-7.