

Tamponada serca wywołana mięsakiem naczyniowym – czy należało wykonać zabieg kardiochirurgiczny?

Cardiac tamponade due to angiosarcoma – was surgical treatment necessary? A case report

Katarzyna Sośnik¹, Jerzy Lewczuk¹, Bartosz Ludwik¹, Joanna Kowal¹,
Bożena Sobkowicz², Witold Gwoździ³, Krzysztof Wrabec¹

¹Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław

²Klinika Kardiologii, Akademia Medyczna, Białystok

³Oddział Kardiochirurgii, Dolnośląskie Centrum Chorób Serca MEDINET, Wrocław

Abstract

We present a case of a 49-year-old patient with cardiac tamponade due to haemopericardium. The decision to perform surgery, although controversial, allowed to diagnose cardiac angiosarcoma with metastases to pericardium, vena cava superior and pulmonary trunk. Consequently, chemotherapy was instituted and was initially effective, however, the patient died 12 months later due to the progression of the disease.

Key words: angiosarcoma of the heart, surgical operation

Kardiologia Polska 2006; 64: 1426-1427

Wstęp

Tamponada serca to stan bezpośredniego zagrożenia życia wymagający natychmiastowego odbarwienia, a wśród wielu jej przyczyn wymienia się nowotwory. Poniżej przedstawiamy opis chorej z tamponadą serca, u której zabieg kardiochirurgiczny pozwolił na ustalenie ścisłego rozpoznania, adekwatne leczenie i 12-miesięczne przeżycie.

Opis przypadku

Urzędniczka w wieku 49 lat, która przed 10 laty była operowana z powodu czerniaka złośliwego prawego ramienia, została przyjęta na nasz Oddział we wstrząsie, z objawami tamponady serca i z wysiękiem w obu jamach opłucnowych. W ciągu kilku dni z worka osierdziowego ewakuowano 1800 ml krwistego płynu, a z obu jam opłucnowych łącznie 1700 ml płynu o charakterze przesięku. Na podstawie badań diagnostycznych (echokardiografia, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny

klatki piersiowej) rozpoznano guz w rejonie tylnego śródpiersia naciekający wiązkę naczyniową serca i osierdzie. Zastosowano sterydo- i antybiotykoterapię, przy stałym drenażu worka osierdziowego, nie uzyskano jednak spodziewanego efektu leczniczego. Wobec powyższego wysunięto tezę o celowości nawet częściowej resekcji mas guzowatych serca i śródpiersia, czemu przeciwny był (z uwagi na terminalny stan chorej) konsultujący torakochirurg, a na co po długich konsultacjach z zespołem zdecydował się kardiochirurg.

W trakcie operacji stwierdzono nacieki nowotworowe osierdzia, żył płucnych, żyły czczej górnej, tętnicy płucnej i śródpiersia tylnego. Zastosowano drenaż obu jam opłucnowych i osierdzia oraz pobrano tkankę nowotworową do weryfikacji mikroskopowej. W skrawkach parafinowych grubości 5 um, barwionych rutynowo i wybiórczo (HE, srebrzenie wg Gomoriego) oraz immunohistochemicznie (czynnik F VIII (plus), melan A (minus)) rozpoznano *sarcoma angiogenes* (naczyniakomięsak) (Rycina 1).

Adres do korespondencji:

dr med. Katarzyna Sośnik, Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Kamieńskiego 73, 51-124 Wrocław, tel.: +48 71 327 03 28, faks: +48 71 325 39 44, e-mail: lewczuk@wssk.wroc.pl

Praca wpłynęła: 13.03.2006. Zaakceptowana do druku: 20.03.2006.

Dalsze leczenie kontynuowano w Dolnośląskim Centrum Onkologii, gdzie w ciągu pół roku pacjentka przebyła kilka cykli chemioterapii. Uzyskano remisję, która pozwoliła chorej powrócić do pracy. Niestety, po dalszych 6 mies. doszło do nawrotu choroby, którego nie udało się opanować. Zgon nastąpił poza szpitalem. Sekcji zwłok nie wykonano.

Omówienie

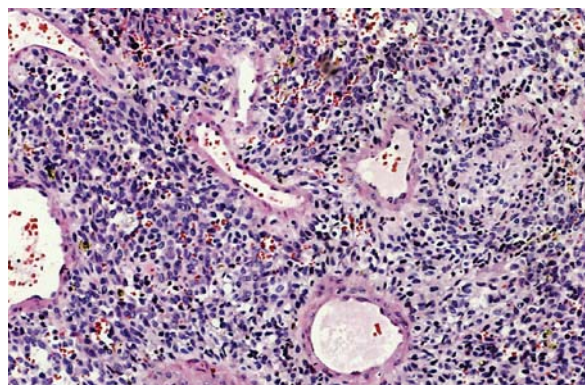
Pierwotne guzy serca występują wybitnie rzadko i stanowią 0,01–0,035% rozpoznań autopsyjnych [1, 2]. Histologicznie najczęściej, bo w 70%, są to guzy łagodne (śluzak), pozostałe to guzy złośliwe. Diagnostyka zarówno guzów pierwotnych, jak i wtórnych serca jest trudna [1, 3, 4]. Spośród pierwotnych guzów złośliwych serca u osób dorosłych najczęściej występuje *angiosarcoma* [3], który wywodzi się z angioblastów, a te z pierwotnej mezenchymy [1].

W przedstawionym przypadku, chora przyjęta została na nasz Oddział z objawami wstrząsu kardiogenego, który starano się opanować leczeniem zachowawczym, a przy braku poprawy postawiono podejrzenie, że może on być wywołany wznową procesu nowotworowego, na który cierpiała przed laty. Serce bowiem jest stosunkowo częstym miejscem przerzutów czerniaka [5].

Objawy podmiotowe i przedmiotowe guza serca są mało specyficzne, zależą od lokalizacji nowotworu – zarówno w samym sercu, jak i w klatce piersiowej – lub jego przerzutów do narządów położonych wokół serca. U chorego może więc występować niewyjaśniona innymi przyczynami duszność spoczynkowa (38%), nawracające zatętnienia mózgowo (24%) [6], niewydolność lewokomorowa, sugerująca ciężkie zwężenie lewego ujścia żylnego [7], duszność z krwiopluciem [2] oraz objawy ciężkiej niewydolności prawokomorowej [1, 3].

W rozpoznaniu guza serca, podobnie jak w opisywanym przez nas przypadku, pomocne są badanie echokardiograficzne, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny [8].

Leczeniem z wyboru guzów serca jest radykalny zabieg chirurgiczny. W opisanym przez Zawirską i wsp. przypadku chorego po całkowitej resekcji złośliwego naczyniakośródbłoniaka serca, w obserwacji rocznej nie rejestrowano objawów wznowy [1]. Natomiast prowadzony przez Yaymaci i wsp. chory z naczyniakiomięsakiem serca, leczony tylko zachowawczo, przeżył zaledwie 2 mies. od chwili ustalenia rozpoznania [9]. W piśmiennictwie spotkaliśmy się z opisami przypadków chorych, którzy z uwagi na stopień zaawansowania niewydolności krążeniowo-oddechowej nie byli kwalifikowani do zabiegu chirurgicznego, a rozpoznanie typu nowotworu ustalono w badaniu autopsyjnym [2, 3].



Rycina 1. Obraz histopatologiczny naczyniakiomięsaka; hematoksylina i eozyna $\times 110$. Widoczne liczne drobne i większe naczynia krwionośne z atypowym śródbłonkiem

W przedstawionym przypadku, wobec braku poprawy w leczeniu zachowawczym, zdecydowano o leczeniu chirurgicznym, licząc, że zabieg pozwoli na resekcję guza oraz na postawienie ostatecznego rozpoznania histopatologicznego. Rozległość zmian nowotworowych uniemożliwiła usunięcie guza, pozwoliła jednak rozpoznać u chorej drugi, pierwotny nowotwór, tym razem serca, z już rozległymi przerzutami, i ukierunkować leczenie cytostatyczne, po którym uzyskano remisję i powrót chorej do aktywności społecznej i zawodowej przez kolejne 12 mies. Zabieg kardiochirurgiczny został przeprowadzony dzięki determinacji zespołu prowadzącego, przy dyskwalifikacji przez torakochirurgów. Był nie tylko zabiegiem diagnostycznym, ale pośrednio stworzył również możliwość „dobrania” odpowiedniej chemioterapii, co było szansą dla młodej kobiety na wydłużenie przeżycia.

Piśmiennictwo

- Zawirska B, Rabczyński J. Primary malignant cardiac hemangioendothelioma – description of 2 cases. *Patol Pol* 1983; 34: 421-8.
- Amonkar GP, Deshpande JR. Cardiac angiosarcoma. *Cardiovasc Pathol* 2006; 15: 57-8.
- Carpino F, Pezzoli F, Petrozza V, et al. Angiosarcoma of the heart: structural and ultrastructural study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2005; 9: 231-40.
- Reising C, Thieman K, Nuss F, et al. Primary cardiac angiosarcoma with right coronary artery-to-pericardial fistula – a case report. *Angiology* 1999; 50: 777-80.
- Sośnik H, Szall R. Melanoma metastasizing to the myocardium. *Wiad Lek* 1969; 22: 1783-6.
- Piazza N, Chughtai T, Toledano K, et al. Primary cardiac tumours: eighteen years of surgical experience on 21 patients. *Can J Cardiol* 2004; 20: 1443-8.
- Engelen MA, Bruch C, Hoffmeier A, et al. Primary left atrial angiosarcoma mimicking severe mitral valve stenosis. *Heart* 2005; 91: e27.
- Brandt R, Arnold R, Bohle R, et al. Cardiac angiosarcoma: case report and review of the literature. *Z Kardiol* 2005; 94: 824-8.
- Yaymaci B, Kirali K, Akdemir R, et al. Primary cardiac angiosarcoma. *Echocardiography* 2001; 18: 609-11.