

Skrzeplina czy śluzak?

Thombus or myxoma?

Beata Kuśmierczyk-Droszcz¹, Ewa Michalak¹, Jerzy Wołczyk², Adam Parulski², Piotr Hoffman¹

¹Klinika Wad Wrodzonych Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa

²II Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii, Warszawa

Abstract

A case of a 70 year old female with permanent atrial fibrillation and a history of stroke is presented. Echocardiography showed the presence of an oval mass in the left atrium which suggested thrombus or atrial myxoma. The patient underwent urgent cardiac surgery during which a long thrombus, originating from the left atrial appendage, was successfully removed.

Key words: echocardiography, atrial myxoma, atrial thrombus.

Kardiol Pol 2005; 63: 337-339

Wstęp

Zatory sercowopochodne są przyczyną ok. 20% udarów niedokrwiennych centralnego układu nerwowego. Przekłatkowe badanie echokardiograficzne uzupełnione badaniem przezprzetykowym jest podstawową, nieinwazyjną metodą poszukiwania źródła zatorów sercowopochodnych [1].

Przyczyną zatorów pochodzących z lewego przedsionka są przeważnie skrzepliny, choć zdarzają się też śluzaki [1]. Skrzepliny bywają przyścienne lub kuliste. Kuliste najczęściej swobodnie *pływają* w lewym przedsionku, sporadycznie przylegają do ściany przedsionka [2]. Uważa się, że kuliste skrzepliny rzadko są przyczyną zatorów centralnego układu nerwowego z powodu obecności *otoczki* pokrywającej ich powierzchnię, mogą natomiast wywołać nagłą śmierć w mechanizmie zablokowania napływu krwi do lewej komory [3].

Opis przypadku

70-letnia chora została przyjęta do Instytutu Kardiologii z podejrzeniem śluzaka lewego przedsionka. W wywiadzie: 2-krotnie udar mózgu (2003 i 2004 r.), utrwalone migotanie przedsionków o nieustalonym

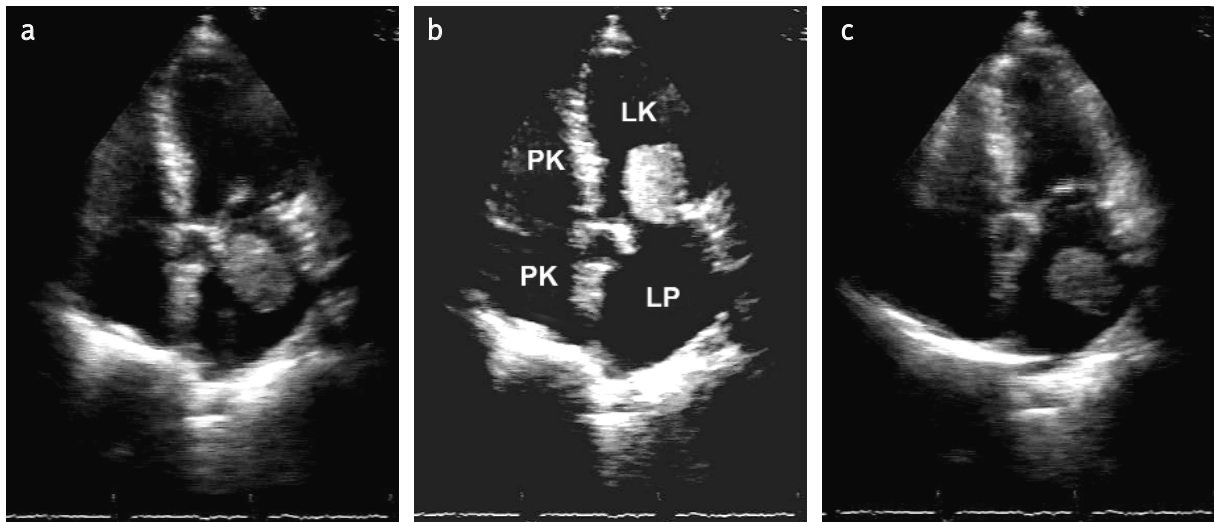
czasie trwania. Chora była leczona kwasem acetylosalicylowym.

W przekłatkowym badaniu echokardiograficznym zarejestrowano owalne echo (Rycina 1a.) o wymiarach 2,5x3,5 cm wykazujące bardzo dużą ruchomość w powiększonym lewym przedsionku: 7,3x5,6 cm (Rycina 1b., 1c.). W pojedynczych cyklach o długim czasie trwania rozkurczu obserwowano duże przemieszczenie guza przez zastawkę mitralną do światła lewej komory – do poziomu nici ścięgniętych (Rycina 1b.) ze skurczowym *odbijaniem* guza przez płatki zastawki, niekiedy aż do dachu lewego przedsionka (Rycina 1c.). Płatki zastawki były nieznacznie pogrubiałe, bez istotnego ograniczenia ruchomości (Rycina 2.); występowała też mała niedomykalność mitralna. Nie uwidoczniono szypuły guza. Nietypowa dla śluzaka morfologia ruchu guza – zmienny tor przemieszczania w cyklach serca oraz jedynie antyagregacyjne, profilaktyczne leczenie zatorowości u chorej z utrwalonym migotaniem przedsionków – wskazywały raczej na podejrzenie nietypowej ruchomej skrzepliny [3].

Obraz echokardiograficzny był wskazaniem do pilnego zabiegu bez ustalenia etiologii zmiany. Nie wykonywano badania przezprzetykowego.

Adres do korespondencji:

lek. med. Beata Kuśmierczyk-Droszcz, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: + 48 22 343 44 57, faks: +48 22 343 45 21, e-mail: bkusmierczyk@ikard.pl



Rycina 1. Projekcja koniuszkowa 4-jamowa (Rycina 1a.) w świetle powiększonego lewego przedsionka widoczne dodatkowe kuliste echo o wymiarach 3,5x2,5 cm, (Rycina 1b.) w rozkurczu guz wpada do światła lewej komory, blokując napływ mitralny; (Rycina 1c.) odbijany w skurczu przez płatki zastawki mitralnej, guz przemieszcza się w okolice dachu przedsionka



Rycina 2. Projekcja koniuszkowa 4-jamowa. Brak cech zwężenia ujścia mitralnego, płatki zastawki nieznacznie pogrubiałe, o dobrej amplitudzie ruchu

W czasie zabiegu operacyjnego usunięto skrzeplinę z długą, cienką „szypułką” wychodzącą z uszka lewego przedsionka. W stanie ogólnym dobrym chora została wypisana do szpitala rejonowego z zaleceniem kontynuacji rozpoczętego leczenia przeciwzakrzepowego.

Kulista, ruchoma skrzeplina u chorych bez zwężenia lewego ujścia mitralnego jest niezwykle rzadkością. Pierwszym objawem może być nagły zgon. Niejasna jest historia naturalna powstawania tego typu skrzeplin. Opisany jest przypadek przyściennej skrzepliny u chorego ze stenozą mitralną, która to skrzeplina uległa przekształceniu w kulisty, ruchomy twór [4].

Echokardiograficzne różnicowanie śluzaka oraz ruchomej kulistej skrzepliny bywa trudne [2]. Echogenność obu zmian jest podobna. Charakterystyczną cechą śluzaka jest obecność szypuły. Miejscem przyczepu szypuły jest najczęściej przegroda międzyprzedsionkowa – okolica *fossa ovalis*, sporadycznie ściana boczna lewego przedsionka lub płatek mitralny [5]. Obecność szypuły warunkuje charakterystyczny wahadłowy ruch guza w obrębie lewego przedsionka. W naszym przypadku tor ruchu opisywanego tworu był odmienny, chaotyczny, o dużej amplitudzie. Obraz echokardiograficzny, obecność utrwalonego migotania przedsionków u chorej z mało agresywnym leczeniem antyagregacyjnym przemawiały za dużą skrzepliną mimo braku cech zwężenia lewego ujścia żylnego.

Prezentowany przypadek potwierdza konieczność wykonania badania echokardiograficznego u chorych

z utrwalonym migotaniem przedsionków i przebyłym zatorem CUN oraz odpowiedniego leczenia przeciwzakrzepowego.

Piśmiennictwo

1. Ferro JM. Cardioembolic stroke: an update. *Lancet Neurol* 2003; 2: 177-88.
2. Minatoya K, Okabayashi H, Yokota T, et al. Calcified ball thrombus in the left atrium. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 1513-4.
3. Grandmougin D, Letourneau T, Favre JP, et al. Paroxysmal postural dyspnea related to a left atrial ball thrombus. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 1691-4.
4. Iga K, Izumi C, Konishi T. Formation of a left atrial ball thrombus from a large mural thrombus 4 days after an embolic episode. *Int J Cardiol* 1999; 70: 83-6.
5. Goswami KC, Shrivastava S, Bahl VK, et al. Cardiac myxomas: clinical and echocardiographic profile. *Int J Cardiol* 1998; 63: 251-9.