

Ciężka prawokomorowa niewydolność serca w przebiegu międzybłoniaka opłucnej

Severe right-ventricular heart failure due to malignant pericardial mesothelioma

Anna Lisowska, Małgorzata Knapp, Bożena Sobkowicz, Włodzimierz J. Musiał

Klinika Kardiologii, Akademia Medyczna, Białystok

Abstract

A case of a 63-year old female with symptomatic advanced right-ventricular (RV) heart failure due to malignant pericardial mesothelioma is presented. Echocardiography revealed that RV failure was due to the tumour-induced compression of the right atrium and not due to metastatic mesothelioma involving pericardial sac.

Key words: malignant pericardial mesothelioma, right-ventricular heart failure, echocardiography

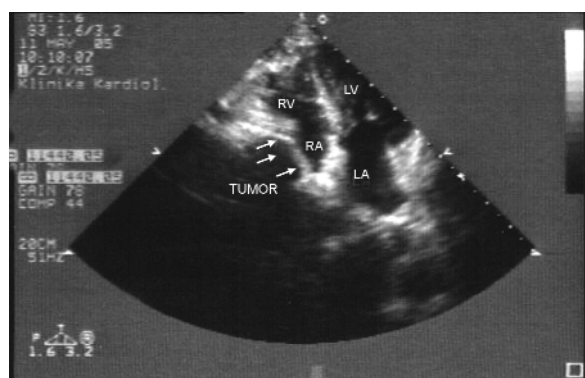
Kardiologia Polska 2005; 63: 569-570

Międzybłoniak opłucnej jest rzadkim nowotworem złośliwym. Częstość jego występowania szacuje się na około 1,1–1,25 przypadków na 100 000, przy czym w ciągu ostatnich 20 lat uległa ona podwojeniu [1]. Jeszcze rzadziej stwierdza się pierwotny międzybłoniak osierdzia [2]. Najlepiej udokumentowanym czynnikiem ryzyka rozwoju tego guza pozostaje ekspozycja na azbest. Późne występowanie objawów klinicznych oraz słaba odpowiedź na stosowane leczenie są przyczyną złego rokowania. Mediana przeżycia jest krótka i wynosi 6–12 mies. Obserwowany przez nas przypadek ilustruje wartość badania echokardiograficznego u chorej z międzybłoniakiem opłucnej.

Opis przypadku

63-letnia pacjentka była hospitalizowana w Klinice Torakochirurgii z podejrzeniem międzybłoniaka opłucnej prawej celem wykonania diagnostycznej biopsji opłucnej (wstępne rozpoznanie ustalono na podstawie badań obrazowych – RTG i KT klatki piersiowej). Ze względu na ciężki stan ogólny chorej – utrzymującą się pomimo tlenoterapii biernej znaczną duszność spoczynkową, RR 90/60 mmHg, migotanie przedsionków z czynnością komór

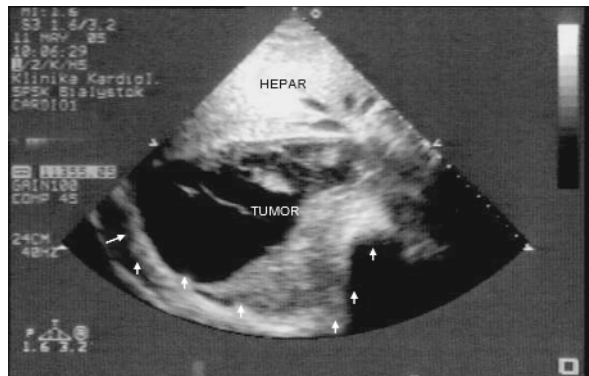
ok. 120/min – pacjentkę skierowano na badanie echokardiograficzne z podejrzeniem obecności płynu w worku osierdziowym i możliwości przerzutów nowotworowych



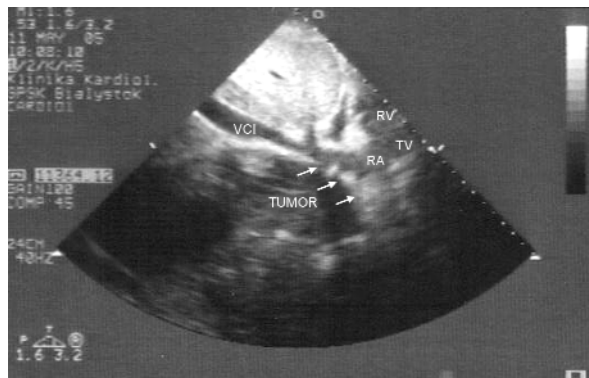
Rycina 1. Projekcja koniuszkowa 4-jamowa. Strzałkami zaznaczono prawy przedsionek znacznie uciśnięty przez guz prawej opłucnej. Oznaczenia: RV – prawa komora, LV – lewa komora, RA – prawy przedsionek, LA – lewy przedsionek, tumor – guz

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Lisowska, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, Klinika Kardiologii Akademii Medycznej, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok, tel.: +48 85 746 86 56, faks: +48 85 746 76 04, e-mail: anlila@poczta.onet.pl



Rycina 2. Zmodyfikowana projekcja podmostkowa. Strzałkami zaznaczono znacznie pogrubiałą prawą kopułę przepony z obecną powyżej przestrzenią płynową i balotującymi nitkowatymi tworami w prawej jamie płucnej



Rycina 3. Projekcja podmostkowa. Strzałki wskazują masy guza uciskające prawy przedsionek. Oznaczenia: TV – zastawka trójdzielną, VCI – żyła główna dolna, tumor – guz

do osierdzia. Zdjęcie RTG klatki piersiowej wykazało obecność płynu w prawej jamie płucnej, płucna ściana prawa była pogrubiała. Ponadto obraz radiologiczny sugerował naciek worka osierdziowego. W badaniu echokardiograficznym przekłatkowym stwierdzono prawidłowe wymiary lewych jam serca i prawej komory, prawidłową czynność skurczową lewej komory wykazującej umiarkowany koncentryczny przerost. W projekcji przymostkowej w osi krótkiej naczyniowej oraz w projekcji koniuszkowej cztero-jamowej światło prawego przedsionka było bardzo wąskie, szczelinowate, na skutek ucisku przez patologiczne masy położone zewnątrzosierdziowo. W projekcji podmostkowej uwidoczniono pogrubiałą, intensywnie wysyconą prawą kopułę przepony oraz dużą, lecz ograniczoną przestrzeń płynową w obrębie prawej jamy płucnej z balotującymi w niej nitkowatymi masami. Struktura ta uciskała prawy przedsionek. Badaniem dopplerowskim po-

twierdzono znaczne utrudnienie przepływu krwi przez prawe ujście żyłne. Zarejestrowano łagodną falę zwrotną trójdzielnią. Ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej wynosiło około 56 mmHg. Żyła główna dolna była znacznie poszerzona (do 20 mm) i nieruchoma oddechowo. W worku osierdziowym stwierdzono śladową ilość płynu.

Dyskusja

Pierwotne lub wtórne guzy serca należą do rzadkości. Występują u mniej niż 1% pacjentów poddawanych operacjom kardiologicznym, a w praktyce echokardiograficznej stwierdzane są jeszcze rzadziej (ok. 0,1% badanych) [3]. Międzybłoniak jest guzem wywodzącym się z komórek mezotelialnych, najczęściej płucnej – 90% [4], rzadziej otrzewnej – 6,5% [4], niezwykle rzadko osierdzia [2, 5–7]. Najczęstszym objawem klinicznym międzybłonia-ka płucnej jest ból w klatce piersiowej i/lub duszność oraz suchy kaszel. Natomiast w przypadku, gdy nowotwór pierwotnie zajmuje osierdzie, pierwszym objawem klinicznym jest zwykle tamponada serca [2]. Niekiedy międzybłoniak płucnej może wtórnie naciekać osierdzie.

W omawianym przez nas przypadku istniały obawy, iż przyczyną dramatycznie ciężkiego stanu pacjentki jest nie tylko podejrzewany pierwotny nowotwór płucnej, ale również przerzuty do osierdzia z towarzyszącym wysiękiem. Badanie echokardiograficzne nie potwierdziło tych podejrzeń, wykazując że przyczyną opisanych wcześniej dolegliwości ze strony serca był ucisk patologicznych mas zlokalizowanych w prawej jamie płucnej na prawy przedsionek. Powodowało to upośledzenie napełniania prawej komory. W takiej sytuacji radykalna operacja onkologiczna stwarzała szansę poprawy.

Piśmiennictwo

1. Minimum clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of malignant pleural mesothelioma. *Ann Oncol* 2005; 16 (Suppl. 1): i32-3.
2. Lagrotteria DD, Tsang B, Elavathil LJ, et al. A case of primary malignant pericardial mesothelioma. *Can J Cardiol* 2005; 21: 185-7.
3. Debourdeau P, Gligorov J, Teixeira L, et al. Malignant cardiac tumors. *Bull Cancer* 2004; 91 (Suppl. 3): 136-46.
4. Neumann V, Rutten A, Scharmach M, et al. Factors influencing long-term survival in mesothelioma patients-results of the German mesothelioma register. *Int Arch Occup Environ Health* 2004; 77: 191-9.
5. Okamoto T, Doi H, Yasuie J, et al. [Primary pericardial malignant mesothelioma with incomplete endocardial cushion defect; report of a case]. *Kyobu Geka* 2004; 57: 1233-5.
6. Tsuda T, Nakata T, Inoue T, et al. [Primary malignant pericardial mesothelioma temporarily reduced by radiation therapy: a case report]. *J Cardiol* 2004; 44: 255-62.
7. Fujiwara H, Kamimori T, Morinaga K, et al. An autopsy case of primary pericardial mesothelioma in arc cutter exposed to asbestos through talc pencils. *Ind Health* 2005; 43: 346-50.