



REDAKTOR DZIAŁU

dr n. med.

Janusz Kochman

Kierownik Pracowni

Kardiologii Inwazyjnej

I Katedra i Klinika

Kardiologii Warszawskiego

Uniwersytetu Medycznego

W bieżącym numerze zapraszam do przeczytania artykułu, w którym opisano dosyć szczególną i nieczęsto spotykaną sytuację kliniczną, jaką było rozpoznanie guza serca u chorego hospitalizowanego z powodu ostrego zespołu wieńcowego. W echokardiograficznym badaniu przezprzełykowym rozpoznano balotującego śluzaka prawego przedsionka, co potwierdzono następnie w obrazie makroskopowym po zabiegu operacyjnym. Prezentowany przypadek posłużył również do krótkiego omówienia epidemiologii, objawów klinicznych oraz potencjalnych powikłań związanych z obecnością śluzaka. Dodatkowym walorem zamieszczonej poniżej pracy jest bogaty materiał zdjęciowy. Mam zatem nadzieję, że mimo wakacyjnej pory znajdziecie Państwo chwilę na lekturę. Życzę dużo słońca i fantastycznego wypoczynku

Janusz Kochman

Dwa w jednym, czyli klasyczny zawał mięśnia sercowego i śluzak prawego przedsionka

JOANNA WILCZYŃSKA

I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres do korespondencji: I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

Kardiologia po Dyplomie 2011; 10 (8): 63-67

Wprowadzenie

Prezentujemy przypadek pacjenta interdyscyplinarnego, u którego obok choroby wieńcowej manifestującej się ostrym zawałem mięśnia sercowego rozpoznano pierwotny guz serca. Taka koincydencja dwóch chorób nie jest częsta, w prezentowanej sytuacji bezobjawowy śluzak prawego przedsionka został wykryty przypadkowo, dzięki echokardiografii wykonanej z powodu zawału serca.

Opis przypadku

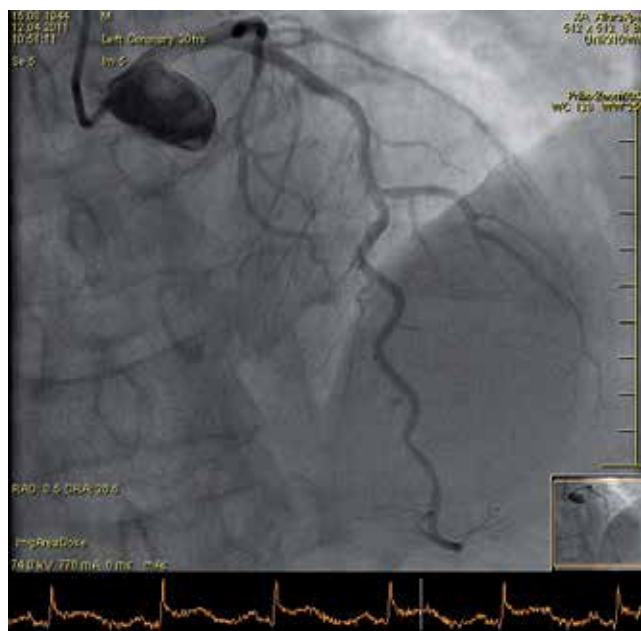
Mężczyzna, lat 66, został przyjęty do kliniki z powodu trwającego 2 godziny bólu w klatce piersiowej. W zapisie

elektrokardiograficznym stwierdzono zawał ściany dolnej z uniesieniem odcinka ST. W wywiadzie chory podawał nadciśnienie tętnicze, miażdżycę tętnic kończyn, stan po wielu operacjach naczyniowych w obrębie tętnic kończyn dolnych oraz łagodny przerost prostaty. Przy przyjęciu pacjent był w stanie stabilnym, z utrzymującym się bólem w klatce piersiowej, wydolny krążeniowo. Badanie przedmiotowe nie wykazało istotnych odchyleń.

W wykonanej w trybie pilnym koronarografii stwierdzono ostrą niedrożność dobrze rozwiniętej gałęzi marginalnej II z przepływem TIMI 0 (ryc. 1). W pozostałych naczyniach wieńcowych nie uwidoczniło istotnych zmian (ryc. 2, 3). Jednocześnie wykonano pierwotną angioplastykę naczynia, po predylatacji implantowano



RYCINA 1. Lewa tętnica wieńcowa, strzałka wskazuje miejsce ostrej okluzji gałęzi marginalnej II.



RYCINA 2. Lewa tętnica wieńcowa, projekcja na gałąź przednią zstępującą.

stent kobaltowo-chromowy o wymiarach $2,75 \times 18$ mm. Uzyskano bardzo dobry bezpośredni wynik angiograficzny zabiegu, przywrócono przepływ TIMI 3 (ryc. 4). W czasie zabiegu obserwowano ustąpienie bólu w klatce piersiowej, a w EKG – szybką rezolucję uniesienia odcinka ST.

Dalsza hospitalizacja przebiegała bez powikłań. Zastosowano typowe dla zawału mięśnia sercowego leczenie: kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel, karwedilol, ramipril, atorwastatynę oraz w pierwszych dwóch dobach enoksaparynę. W ramach rutynowej diagnostyki wykonano badanie radiologiczne klatki piersiowej, w którym nie stwierdzono odchyłeń od stanu prawidłowego. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono cechy typowe dla zawału mięśnia sercowego: hipokinezę segmentu podstawnego, akinezę segmentu środkowego ścian przedniej i dolno-bocznej, frakcja wyrzutowa lewej komory była obniżona do 43%. Uwidoczniono ponadto balotujący twór o średnicy 1,2 cm w prawym przedsionku (ryc. 5). By dokładnie ocenić lokalizację guza, wykonano badanie przezprzełykowe. Opisano guz umiejscowiony na podstawnej części przegrody międzyprzedsionkowej, nad płatkami przegrodowym zastawki trójdzielnej, w sąsiedztwie ściany od strony aorty. Morfologia guza wskazywała najprawdopodobniej na gładkościennego śluzaka (ryc. 6). Guz nie upośledzał funkcji zastawki trójdzielnej. W rekonstrukcji 3D uwidoczniono drobne polipy na powierzchni śluzaka (ryc. 7).

Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego guza. Zabieg został odroczony ze względu na obecność stentu wymagającego co najmniej 4-tygodniowego podwójnego leczenia przeciwpłytkowego. Pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Operację usunięcia guza wykonano w trybie planowym. Obraz makroskopowy potwierdził wcześniejsze rozpoznanie śluzaka (ryc. 8, 9).

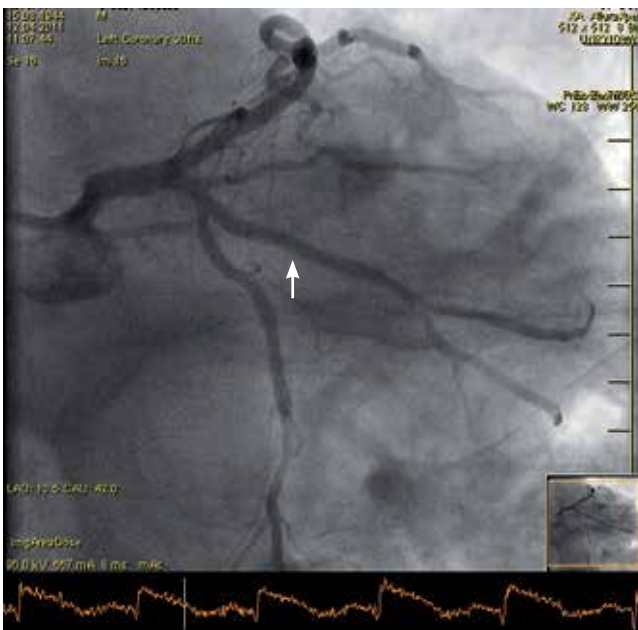
Omówienie

Zawał mięśnia sercowego w mechanizmie embolizacji może być pierwszą manifestacją kliniczną śluzaka lewej części serca [1,2]. W przypadku prezentowanego pacjenta zawał nie był związany z obecnością guza, doszło jedynie do koincydencji dwóch chorób – świeżego zawału mięśnia sercowego o typowej etiologii miażdżycowej oraz śluzaka prawego przedsionka. Śluzak został rozpoznany przypadkowo podczas rutynowego badania echokardiograficznego wykonywanego u pacjenta z zawałem serca. Pacjent nie podawał w wywiadzie żadnych objawów mogących sugerować patologię prawego serca ani wynikającą z obecności nieprawidłowej masy, ani związaną z potencjalną embolizacją.

Śluzaki należą do najczęstszych pierwotnych guzów serca, częstość ich występowania szacuje się na około 50% wśród wszystkich guzów pierwotnych serca [3,4]. Trzykrotnie częściej występują u kobiet. Mogą pojawiać



RYCINA 3. Prawa tętnica wieńcowa.



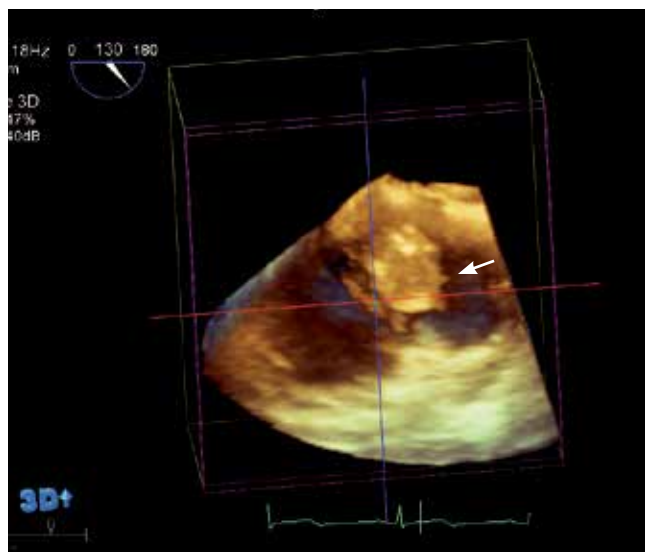
RYCINA 4. Lewa tętnica wieńcowa, strzałka wskazuje stent implantowany do gałęzi marginalnej II.



RYCINA 5. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe, projekcja dwupłaszczyznowa. W prawym przedsionku widoczny guz wychodzący z dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej [A, B]. Dzięki uprzejmości dr n. med. Piotra Scisło z Pracowni Echokardiografii I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM.



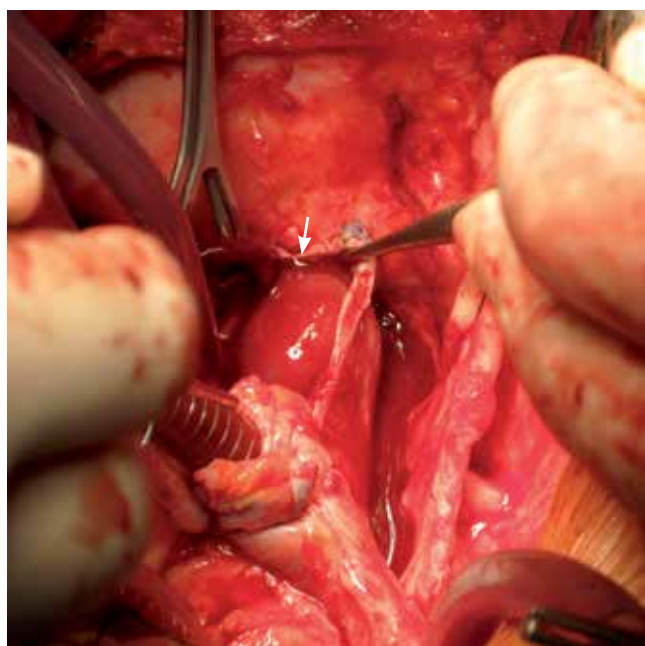
RYCINA 6. Badanie echokardiograficzne przezprzełykowe, projekcja środkowa, czterojamowa. W prawym przedsionku widoczny guz wychodzący z dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej. Dzięki uprzejmości dr n. med. Piotra Scisło z Pracowni Echokardiografii I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM.



RYCINA 7. Badanie echokardiograficzne przekłatkowe 3D, widok na prawy przedsionek. Widoczna powierzchnia śluzaka pokryta drobnymi polipami. Dzięki uprzejmości dr n. med. Piotra Scisło z Pracowni Echokardiografii I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM.



RYCINA 9. Usunięty śluzak. Dzięki uprzejmości dr. Pawła Czuba z Kliniki Kardiochirurgii WUM.



RYCINA 8. Widok śródoperacyjny śluzaka. Dzięki uprzejmości dr. Pawła Czuba z Kliniki Kardiochirurgii WUM.

się w każdym wieku, jednak najczęściej stwierdza się je u osób między 3 a 6 dekadą życia [1]. Są guzami łagodnymi. Mogą występować rodzinnie (w około 7-10% przypadków) i wtedy częściej dochodzi do ich odrostu po usunięciu. Występują przeważnie w lewym przedsionku (75-85%), znacznie rzadziej w prawym przedsionku (15-20%) i sporadycznie w komorach (5%).

Objawy wywoływane przez guz zależą od jego lokalizacji: począwszy od bezobjawowego przebiegu choroby (tak jak w omawianym przypadku), przez epizody zatorowe (zawał serca, udar mózgu, zatorowość obwodowa w przypadku guzów lewego serca, zatorowość płucna, nadciśnienie płucne w przypadku guzów prawego serca), objawy wynikające z ograniczenia przepływu przez wpuklanie się guza w ujścia żyłne, po objawy ogólne wynikające z wydzielania przez guz interleukiny 6 i innych mediatorów u nielicznych chorych. Zdarzają się jednak śluzaki osiągające znaczne rozmiary, niewywołujące objawów klinicznych [5]. Częściej bezobjawowy przebieg dotyczy śluzaków prawego serca [6].

Morfologicznie śluzaki dzielą się na gładkościenne oraz pokryte licznymi wypustkami w kształcie brodawek lub witek. Częstość występowania obu typów jest zbliżona [4]. Epizody zatorowe charakterystyczne są dla tych drugich i wynikają z odrywania się fragmentów guza i embolizacji łożyska naczyniowego płucnego lub systemowego. Epizody zatorowe występują w 45-60% przypadków zlokalizowanych w obrębie lewego serca i 8-10% przypadków obejmujących prawe serce [1]. Odrywaniu się fragmentów guza sprzyja uderzenie o zastawkę przedsionkowo-komorową prawie przy każdym

uderzeniu serca. Najczęściej do powikłań zatorowych dochodzi w obrębie naczyń mózgowych, tętnic obwodowych i kręzkowych. Zatory do łożyska wieńcowego są rzadkie. Częściej dochodzi do embolizacji prawej tętnicy wieńcowej [3], co może być związane z anatomią jej odejścia.

Leczeniem z wyboru śluzaków jest operacja kardiochirurgiczna. Aby zapobiec ewentualnym epizodom zatorowym, nie należy zwlekać z resekcją guza. Istnieją doniesienia o koincydencji choroby wieńcowej i śluzaka, obu leczonych kardiochirurgicznie – resekcją guza i wszczepieniem pomostów wieńcowych [1,7]. W przypadku omawianego chorego ostry zawał mięśnia sercowego stanowił wskazanie do natychmiastowej angioplastyki niedrożnej tętnicy. Wszczepienie stentu wymusiło odroczenie operacji o około 4 tygodnie bezwzględnie koniecznego stosowania podwójnego leczenia przeciwplatekowego.

Podsumowanie

W codziennej praktyce na oddziale kardiologicznym pacjenci z zawałem mięśnia sercowego stanowią liczną grupę chorych. Dzięki rutynowo wykonywanemu

badaniu echokardiograficznemu u tych pacjentów istnieje możliwość zdiagnozowania innych poważnych chorób serca, czasem niedających objawów klinicznych, a wymagających niezwłocznej interwencji.

Piśmiennictwo

1. Braun S, Schriffter H, Reynen K, et al. Myocardial infarction as complication of left atrial myxoma. *Int J Cardiol* 2005; 101: 115-121.
2. Sachithanandan A, Badmanaban B, McEneaney D, et al. Left atrial myxoma presenting with acute myocardial infarction. *Eur J Cardiothor Surg* 2002; 21: 54.
3. Pucci A, Gagliardotto P, Zanini Cristina, et al. Histopathologic and clinical characterization of cardiac myxoma: Review of 53 cases from a single institution. *Am Heart J* 2000; 140: 134-8.
4. Mitttle S, Makaryus A, Boutis L, et al. Right-sided myxomas. *J Am Soc Echocardiogr* 2005; 18: e14-7.
5. Yuce M, Dagdelen S, Ergelen M, et al. A huge obstructive myxoma located in the right heart without causing any symptom. *Int J Cardiol* 2007; 114: 405-406.
6. Rajani R, Sarangmath N, Mishra B. Massive right atrial myxoma. *Int J Cardiol* 2008; 128: 121-122.
7. Patane S, Marte F, Di Bella G. Revelation of left atrial myxoma during acute myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2008; 128: 134-136.