

## Guz lewej komory wykryty w badaniu echokardiograficznym u 17-letniej dziewczyny

Left ventricular intracardiac tumour diagnosed by echocardiography in a 17-year-old girl – a case report

Marcin Gajewski<sup>1</sup>, Marek Skura<sup>1</sup>, Edward Malec<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Oddział Kardiologii, Szpital Wojewódzki, Tarnów

<sup>2</sup> Klinika Kardiologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Kraków

### Abstract

A 17-year-old girl without any cardiac symptoms and with no previous history of cardiovascular disease was diagnosed to have an intracardiac tumour. The diagnosis was made by chance during two-dimensional echocardiography which showed a mobile, peduncular tumour, 2 cm in diameter, arising from the apex of the left ventricle. The patient underwent successful surgery.

**Key words:** primary cardiac tumour, echocardiography

Kardiologia Polska 2007; 65: 47-49

### Wstęp

Pierwotne guzy serca występują sporadycznie. W badaniach autopsyjnych stwierdza się je z częstością <0,02%, z czego ok. 75% stanowią zmiany łagodne [1]. Najczęstszymi łagodnymi guzami serca u dorosłych są śluzak (*myxoma*) i włókniak brodawczakowaty (*fibroelastoma papillare*), a u dzieci mięśniak prążkowanokomórkowy (*rhabdomyoma*) i włókniak (*fibroma*) [2]. Guzy złośliwe to w większości mięsaki o różnym utkanu histologicznym [2]. Częściej od guzów pierwotnych stwierdza się guzy przerzutowe, ale te rozpoznawane są zwykle w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.

### Opis przypadku

Dziewczyna w wieku 17 lat, bez wcześniejszego wywiadu chorobowego, zgłosiła się do lekarza z powodu odczucia przyspieszonego bicia serca bez innych objawów towarzyszących. Po stwierdzeniu w badaniu fizykalnym cichego szmeru skurczowego pacjentkę skierowano na badanie echokardiograficzne. Pozostałe badania (EKG, badania laboratoryjne, RTG klatki piersiowej)

nie wykazywały odchyień od normy, a zgłaszane wcześniej objawy nie nawróciły.

W badaniu echokardiograficznym wykazano obecność litego, jednorodnego, kulistego guza serca o średnicy 2 cm zlokalizowanego w koniuszku lewej komory (Ryciny 1. i 2.). Guz był przytwierdzony do segmentu koniuszkowego ściany tylnej na krótkiej, cienkiej szypule i wykazywał lokalną ruchomość (Rycina 3.). Poza tym morfologia serca, kurczliwość oraz funkcja i budowa aparatu zastawkowego były prawidłowe. W obrazach uzyskiwanych z typowych projekcji przymostkowych guz był niewidoczny. Odstąpiono od innych badań obrazowych i pacjentkę przekazano do Kliniki Kardiologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego CM UJ w Krakowie, gdzie była operowana w trybie pilnym.

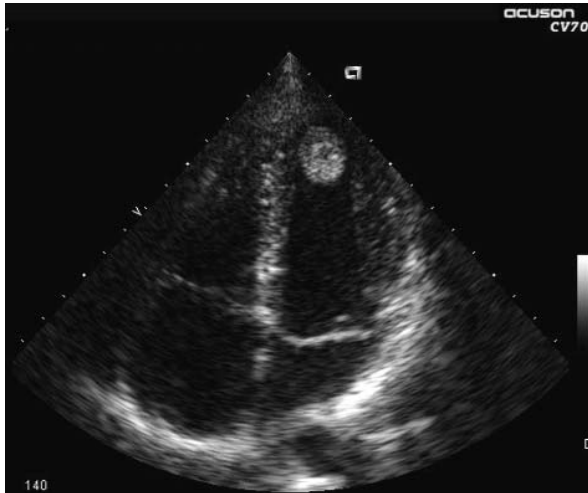
Zabieg przeprowadzono w krążeniu pozaustrojowym. Po zaklemowaniu aorty wstępującej serce zatrzymano płynem kardioplegicznym. Otwarto cięciem poprzecznym prawe żyły płucne w miejscu połączenia z lewym przedsionkiem. Inspekcja lewego przedsionka nie wykazała obecności nieprawidłowych struktur. Po rozchyleniu płatków zastawki mitralnej w dnie lewej ko-

---

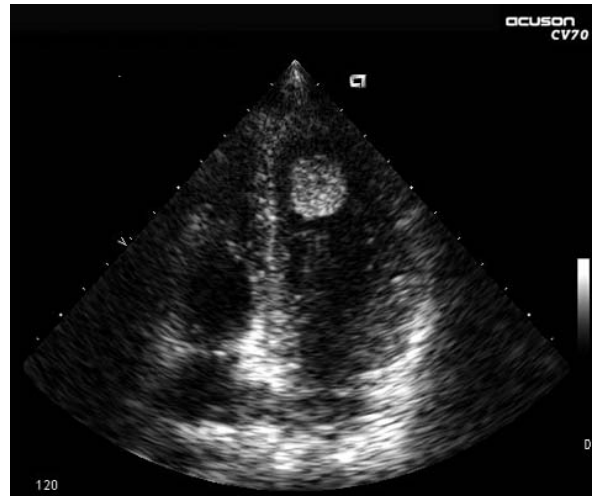
### Adres do korespondencji:

Marcin Gajewski, Szpital Wojewódzki, Oddział Kardiologii, ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów, tel.: +48 14 631 54 49, e-mail: gajewski@op.pl

Praca wpłynęła: 10.05.2006. Zaakceptowana do druku: 16.05.2006.



**Rycina 1.** Guz w koniuszku lewej komory. Projektja czterojamowa



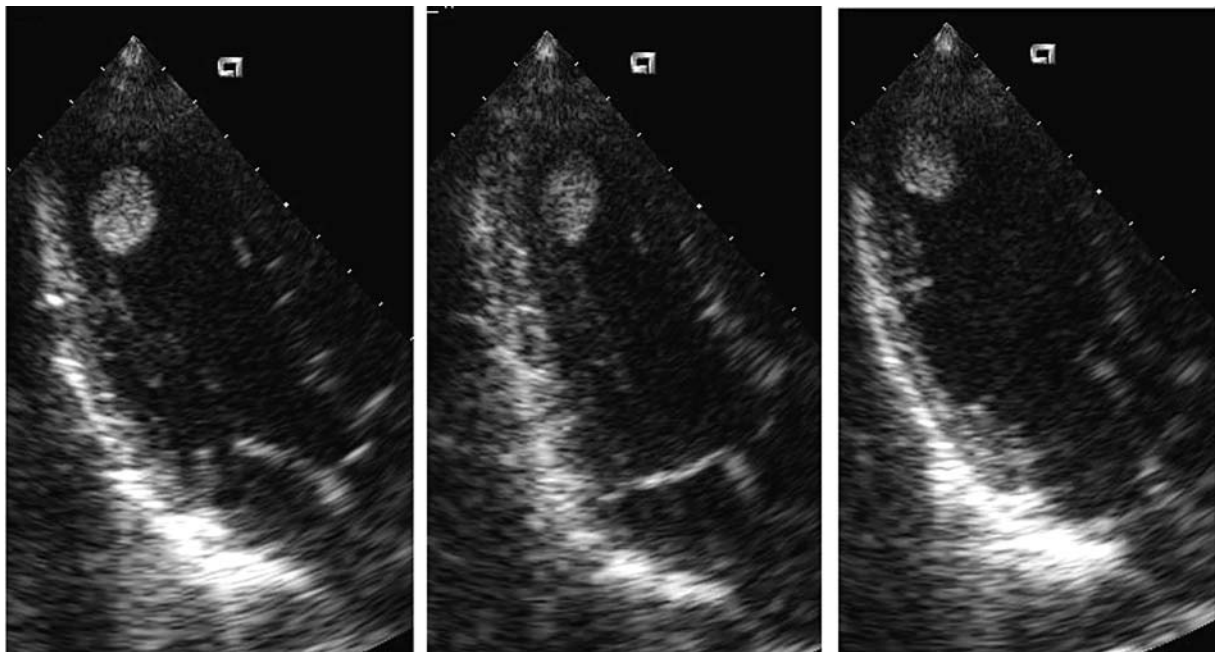
**Rycina 2.** Guz w koniuszku lewej komory. Projektja czterojamowa zmodyfikowana

mory uwidocznił okrągły guz o barwie różowoszarej, uszypułowany na dwóch cienkich niciach łącznotkankowych. Guz usunięto w całości. Przebieg zabiegu był powikłany zespołem po perikardiotomii (prześiek w worku osierdziowym). Po rehabilitacji w warunkach domowych nastąpił pełny powrót do zdrowia.

Rozpoznanie patologiczne brzmiało następująco: „Angiofibroma. Zmiana powstała prawdopodobnie na podłożu zakrzepu przyściennego. Guz usunięty w całości, w miejscu resekcji zmiany stwierdza się drobny fragment mięśnia sercowego”.

### Dyskusja

W zaprezentowanym przypadku klinicznym określenie „łagodny guz serca” jest bardzo mylące i przynajmniej niefortunne. Biologiczna łagodność guza potwierdzona badaniem histopatologicznym pozostaje w dużym rozdzwieku z realnym zagrożeniem życia chorej w razie jego urwania. Pomijając inne możliwe powikłania wynikające z obecności guza w lewej komorze, wystarczy porównać jego średnicę z wielkością ujścia aortalnego u młodej pacjentki (2 cm vs 1,7 cm).



**Rycina 3.** Guz wykazywał ograniczoną ruchomość w obrębie koniuszka. Projektja koniuszkowa trójjamowa

Większość łagodnych guzów serca występujących u dzieci rozpoznawana jest przed 1. rokiem życia, a przeważająca część z nich związana jest z fakomatozami i innymi wrodzonymi zespołami genetycznymi (głównie *sclerosis tuberosa*) [3].

Różnicowanie echokardiograficzne mas w jamach serca nie zawsze jest możliwe, choć w przypadkach niektórych typów guzów można wykazać pewne charakterystyczne cechy, np. lokalizację. W typowych przypadkach włókniak i pojedynczy mięśniak dają bardzo podobne obrazy echokardiograficzne – lite, hiperechogeniczne guzy, najczęściej zlokalizowane śródmięśniowo z uwypuklaniem do lewej lub prawej komory. *Rhabdomyoma* często występuje jako zmiana wieloogniskowa, a włókniak jako zmiana pojedyncza [4, 5].

Przebieg kliniczny guzów serca najczęściej jest skąpoobjawowy albo objawy są na tyle mało charakterystyczne, że rozpoznanie jest przypadkowe, przy okazji badań wykonywanych z innych wskazań. Symptomatologia jest nieswoista i zależy głównie od rozmiarów, lokalizacji i ruchomości zmiany (zaburzenia hemodynamiczne, embolizacja, zaburzenia rytmu serca i przewodzenia), a w mniejszym stopniu od indywidualnych cech guza (np. objawy reakcji zapalnej wynikające z produkcji cytokin przez śluzaka) [6].

Przytwierdzenie guza to jeden z czynników decydujących o jego charakterze klinicznym. Rozrost na szerokiej podstawie lub śródścienny zmniejsza ryzyko urwania zmiany, ale niejednokrotnie uniemożliwia całkowitą resekcję. Uszypułowanie zaś stwarza niebezpieczeństwo przemieszczenia bądź urwania z następczą obturacją ujść zastawkowych lub embolizacją obwodową. Uszypułowanie wykazują najczęściej śluzaki, a w rzadkich przypadkach inne guzy.

Sugerowana w rozpoznaniu histopatologicznym zakrzepowa etiologia guza jest bardzo dyskusyjna. Występowanie skrzepliny w lewej komorze praktycznie w każdym przypadku związane jest z obecnością czynników predysponujących. Najczęściej skrzepliny są następstwem schorzeń serca, takich jak przebyty zawał, niewydolność serca, niektóre wady serca nabyte lub wrodzone, ale spotykane są również w schorzeniach hematologicznych i immunologicznych związanych z nadkrzepliwością. Opisywano także przypadki obecności skrzeplin w sercu po urazach klatki piersiowej.

W omawianym przypadku nie wykazano związku pomiędzy rozpoznaniem guza a wywiadem chorobowym bądź nieprawidłowościami w badaniach dodatkowych. Na marginesie warto zaznaczyć, że na podstawie badań histogenetycznych *fibroelastoma papillare* traktowana jest przez niektórych patologów jako zorganizowana skrzeplina, a nie nowotwór [7].

Ważnym spostrzeżeniem w badaniu echokardiograficznym był prawidłowy obraz uzyskany z projekcji przymostkowej w osi długiej (LAX). Mimo dobrych warunków badania nie uwidoczniło dużej zmiany zlokalizowanej w koniuszku lewej komory. Jest to znane i opisywane ograniczenie obrazowania w osi LAX – w tej projekcji często uzyskiwany jest obraz tzw. „fałszywego koniuszka”.

Ze względu na skąpość objawów klinicznych (w zasadzie ich brak) można przyjąć, że rozpoznanie było w dużym stopniu przypadkowym znaleziskiem echokardiograficznym. Z pewnym prawdopodobieństwem można założyć, że guz miał długi stabilny przebieg kliniczny, jednak jego ruchomość i uszypułowanie na cienkich nitkach obliwowały do podjęcia decyzji o pilnej operacji.

#### Piśmiennictwo

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol* 1996; 77: 107.
2. Sebastine MS, et al. Primary tumor of the heart. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, et al. (eds). Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Elsevier Saunders 2005.
3. McAllister HA Jr, Fenoglio JJ Jr. Tumors of the cardiovascular system. In: Atlas of Tumor Pathology. 2nd Series. Armed Forces Institute of Pathology 1978.
4. Gackowski A, Podolec P. Guzy serca i pozasercowe guzy śródpiersia. In: Podolec P, Tracz W, Hoffman P. Echokardiografia praktyczna. Tom III, *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005; 447-59.
5. DePace NL, Soulen RL, Kotler MN, et al. Two dimensional echocardiographic detection of intraatrial masses. *Am J Cardiol* 1981; 48: 954-60.
6. Roberts WC. Primary and secondary neoplasms of the heart. *Am J Cardiol* 1997; 80: 671-82.
7. Morales AR, Fine G, Castro A, et al. Cardiac myxoma (endocardioma). An immunocytochemical assessment of histogenesis. *Hum Pathol* 1981; 12: 896-9.