

Wtórny nowotwór złośliwy serca

Metastatic malignant cardiac tumour — a case report

Anna Lisowska, Małgorzata Knapp, Bożena Sobkowicz, Anna Kozieradzka

Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Białystok

Abstract

We present a case of a 58 year-old patient with metastatic malignant cardiac tumour in whom the first manifestation of heart involvement was cardiac tamponade.

Key words: metastatic cardiac tumour

Kardiol Pol 2010; 68, 12: 1402–1403

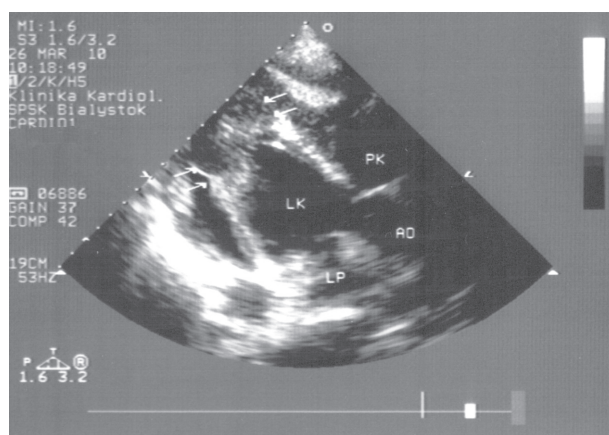
WSTĘP

Guzy serca i masy wewnątrzsercowe stanowią istotny problem diagnostyczny w kardiologii i duże wyzwanie dla lekarza. Echokardiografia stała się podstawową, nieinwazyjną metodą diagnostyczną w wykrywaniu patologicznych tworów wewnątrzsercowych. Najczęściej są to skrzepliny, rzadziej vegetacje w przebiegu infekcyjnego serca, jeszcze rzadziej nowotwory (zarówno pierwotne, jak i guzy przerzutowe) lub anomalie rozwojowe. Należy podkreślić, że różnicowanie patologicznych mas w obrębie serca i osierdzia jedynie na podstawie obrazu echokardiograficznego nie zawsze jest możliwe [1]. Zwykle obraz kliniczny ułatwia ustalenie rozpoznania co do charakteru masy wewnątrzsercowej.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w wieku 58 lat (nr historii choroby 8187/426), z rozpoznaniem w 2002 roku mięsakiem kościopochodnym — osteosarcoma, obecnie w trakcie kolejnego kursu chemioterapii, został skierowany do Kliniki Kardiologii z objawami klinicznymi i echokardiograficznymi tamponady serca. Z powodu wskazań życiowych wykonano nakłucie worka osierdziowego i ewakuowano 1400 ml krwistego płynu, uzyskując stabilizację hemodynamiczną pacjenta. W badaniu przedmiotowym zwracał uwagę masywny guz w obrębie lewego uda oraz mniejsze pojedyncze guzy w obrębie barków i prawego śródbrzusza. W wykonanym po nakłuciu kontrolnym badaniu echokardiograficznym stwierdzono prawidłowe wymiary jam serca i ścian serca, łagodną niedomykalność zastawki trójdzielnej, niewielką ilość wolnego płynu w worku

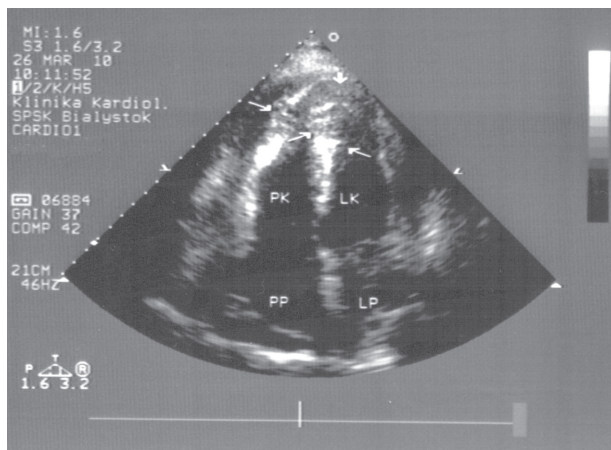
osierdziowym, bez znaczenia hemodynamicznego. Uwagę zwracał dodatkowy lity guz wyraźnie wyodrębniający się w obrębie koniuszka serca oraz drugi, mniejszy twór zlokalizowany w obrębie wolnej ściany lewej komory (ryc. 1–3). Funkcja skurczowa lewej i prawej komory była prawidłowa. Całość obrazu klinicznego pozwoliła na ustalenie rozpoznania nowotworu przerzutowego serca w przebiegu choroby podstawowej — kostniakomięsaka.



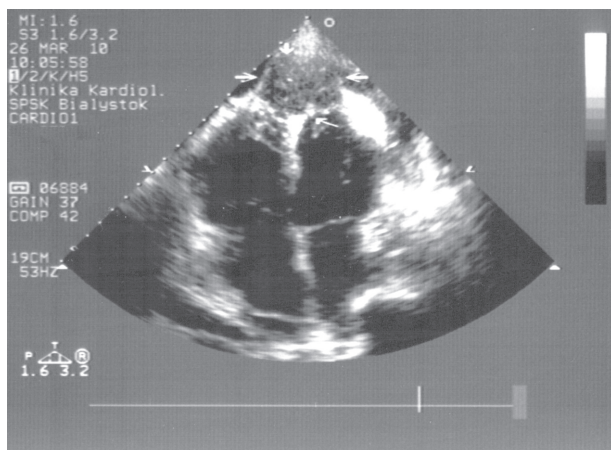
Rycina 1. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe — projekcja przymostkowa w osi długiej. W obrębie koniuszka lewej komory widoczny wyraźnie wyodrębniający się guz (strzałki), w worku osierdziowym niewielka ilość płynu; LK — lewa komora; PK — prawa komora; LP — lewy przedsionek; AO — aorta wstępująca

Adres do korespondencji:

Anna Lisowska, MD, PhD, Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Skłodowskiej 24A, 15–276 Białystok, e-mail: anlila@poczta.onet.pl



Rycina 2. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe — projekcja koniuszkowa 4-jamowa, widoczny guz w obrębie koniuszka serca i dodatkowy, mniejszy twór w obrębie wolnej ściany prawej komory (strzałki); LK — lewa komora, PK — prawa komora; LP — lewy przedsionek, PP — prawy przedsionek



Rycina 3. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe — projekcja koniuszkowa 4-jamowa z rotacją na koniuszek, wyraźnie wyodrębniający się kulisty twór w obrębie koniuszka serca (strzałki)

OMÓWIENIE

Pierwotne nowotwory serca są bardzo rzadkie — częstość ich występowania wynosi 0,001–0,28% [2]. Guzy przerzutowe stwierdza się 20–40-krotnie częściej niż pierwotne — występują w sercu u 1,5–21% pacjentów z chorobami nowotworowymi [3, 4]. Guzy przerzutowe serca pochodzą najczęściej z nowotworów płuc (27% nowotworów przerzutowych w sercu), piersi (11%), chłoniaków (10%), białaczek (10%), czerniaka (5%), rzadziej żołądka i okrężnicy [5].

Należy pamiętać, że nie ma swoistych objawów klinicznych guza serca (z wyjątkiem guzów obturujących ujścia przedsionkowo-komorowe i powodujących zaburzenia hemodynamiczne). Objawy kliniczne są niecharakterystyczne — najczęściej jest to postępująca duszność i cechy niewydolności serca. W osierdziu często gromadzi się płyn wysię-

kowy, krwisty, który może spowodować tamponadę serca, co miało miejsce w opisywanym przypadku. Podstawą rozpoznania guza serca jest wynik badań obrazowych — echokardiografii, tomografii komputerowej (CT) i rezonansu magnetycznego (MR), które umożliwiają dokładną ocenę lokalizacji i zaawansowania nowotworu, a także lepiej niż echokardiografia uwidaczniają osierdzie i duże naczynia. Dodatkowo obie techniki pozwalają, w przypadku guzów przerzutowych, na wykrycie ogniska pierwotnego w klatce piersiowej czy też w jamie brzusznej. Badanie MR jest metodą z wyboru w ocenie naciekania mięśnia sercowego, umożliwia odróżnienie nowotworu od skrzepliny, a niekiedy pozwala ocenić budowę histologiczną guza [6]. Echokardiografia pozwala ustalić lokalizację, zasięg, morfologię guza oraz ocenić ewentualne zaburzenia hemodynamiczne spowodowane przez guz. Ocenia się, że jedynie ok. 5% przerzutów nowotworowych ma postać guza zlokalizowanego w sercu. Wtórne guzy serca często zajmują osierdzie, mogą naciekać mięsień sercowy, rzadko umiejscawiają się wewnątrz jam serca (np. czerniak złośliwy) [1]. Serce może być jedynym organem objętym przerzutem, dlatego konieczna jest ocena echokardiograficzna u każdego pacjenta z chorobą nowotworową i objawami niewydolności serca. W przypadku mięsaka kościopochodnego przerzuty w sercu w badaniach autopsyjnych stwierdza się dość często — u 20% chorych [7–9].

U opisanego pacjenta obraz echokardiograficzny nie był trudny do interpretacji ze względu na rozpoznaną chorobę podstawową — osteosarcoma — i znacznie pogarszał rokowanie chorego. W przypadku mięsaków jedyną metodą leczenia paliatywnego jest wycięcie guza, choć zwykle obecność przerzutów nowotworowych w sercu wskazuje na nieuleczalność choroby podstawowej. Rokowanie w przypadku złośliwych guzów przerzutowych serca jest bardzo złe. Zwykle czas przeżycia nie przekracza roku od momentu rozpoznania [5].

Piśmiennictwo

1. Kasprzak J, Wejner-Mik P. Guzy serca. In: Hoffman P ed. Echokardiografia. Via Medica, Gdańsk 2004: 292–301.
2. Reynen K. Frequency of primary tumours of the heart. *Am J Cardiol*, 1996; 77: 107.
3. Abraham K, Reddy V, Gattuso P. Neoplasms metastatic to the heart: review of 3314 consecutive autopsies. *Am J Cardiovasc Pathol*, 1990; 3: 195–198.
4. Kutalek S, Panidis I, Kotler M et al. Metastatic tumors of the heart detected by two-dimensional echocardiography. *Am Heart J*, 1985; 109: 343.
5. Pruszczyk P, Styczyński G. Nowotwory serca. In: Szczeklik A ed. Choroby wewnętrzne. Vol. I. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005: 307–309.
6. Marcu C, Beek A, van Rossum A. Clinical applications of cardiovascular magnetic resonance imaging. *CMAJ*, 2006; 175: 911–917.
7. Jeffree G, Price C, Sissons H. The metastatic patterns of osteosarcoma. *Br J Cancer*, 1975; 32: 87–107.
8. Seibert K, Rettenmier C, Waller B et al. Osteogenic sarcoma metastatic to the heart. *Am J Med*, 1982; 73: 136–141.
9. Roberts W. Primary and secondary neoplasms of the heart. *Am J Cardiol*, 1997; 80: 671–682.