

# Guz w prawym przedsionku u pacjenta z ostrym zapaleniem trzustki

Right atrial tumour in a patient with acute pancreatitis

Agnieszka Kapłon-Cieślicka<sup>1</sup>, Janusz Kochanowski<sup>1</sup>, Piotr Scisło<sup>1</sup>, Radosław Piątkowski<sup>1</sup>, Małgorzata Kobylecka<sup>2</sup>, Romuald Cichoń<sup>3</sup>, Franciszek Majstrak<sup>3</sup>, Włodzimierz Cebulski<sup>4</sup>, Marek Wroński<sup>4</sup>, Grzegorz Opolski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

<sup>2</sup> Zakład Medycyny Nuklearnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

<sup>3</sup> Klinika Kardiochirurgii, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

<sup>4</sup> Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

## Streszczenie

W diagnostyce różnicowej guzów serca należy uwzględnić m.in. skrzepliny, wegetacje i nowotwory. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 72-letniego mężczyzny z napadowym migotaniem przedsionków, leczonego uprzednio dabigatranem, u którego w trakcie hospitalizacji z powodu ostrego zapalenia trzustki zamieniono dabigatran na enoksaparynę. Początkowo u pacjenta podejrzewano obecność guza brodawki Vatera. W badaniu echokardiograficznym w prawym przedsionku uwidoczono policykliczną, balotującą strukturę, wychodzącą z żyły głównej dolnej. Na podstawie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i gastroskopii wykluczono raka brodawki Vatera. Wykonano pozytonową tomografię emisyjną, w której nie stwierdzono cech aktywnego metabolicznie procesu rozrostowego. Włączono leczenie przeciwkrzepliwie acenocoumarolem, uzyskując całkowitą rezolucję zmiany w prawym przedsionku i żyły głównej dolnej.

**Słowa kluczowe:** skrzeplina, dabigatran, doustne antykoagulanty, ostre zapalenie trzustki

## Abstract

Differential diagnosis of intracardiac tumours should include i.a. thrombi, vegetations and neoplasms. We present a case of a 72-year-old male with paroxysmal atrial fibrillation, who had been previously treated with dabigatran and whose anticoagulant treatment was subsequently changed to enoxaparin during hospitalisation due to acute pancreatitis. Initially, tumour of the ampulla of Vater was suspected. Echocardiography revealed a polycyclic, balloting tumour in the right atrium, originating from the inferior vena cava. Based on computed tomography, magnetic resonance imaging and gastroscopy, carcinoma of the ampulla of Vater was ruled out. Positron emission tomography was performed, showing no signs of metabolically active neoplastic growth. Anticoagulation with acenocoumarol was initiated, leading to a complete resolution of the mass in the right atrium and inferior vena cava.

**Key words:** thrombus, dabigatran, oral anticoagulants, acute pancreatitis

Kardiol Pol 2016; 74, supl. III: 39–43

## WSTĘP

Badanie echokardiograficzne pozwala stwierdzić obecność dodatkowych struktur w sercu. W diagnostyce różnicowej guzów serca należy uwzględnić skrzepliny, wegetacje, nowotwory, *hamartoma*, struktury fizjologiczne (np. grzebień graniczny), pozostałości rozwojowe (np. zastawkę Eustachiusza,

siatkę Chiariego), zmiany degeneracyjne i zwyrodnieniowe, wyrośla Lambla, a także artefakty obrazowania [1]. Proces diagnostyczno-terapeutyczny powinien opierać się na informacjach z badań obrazowych (takich jak lokalizacja guza i jego morfologia) w kontekście obrazu klinicznego, jednak postawienie ostatecznej diagnozy umożliwia jedynie badanie

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Kapłon-Cieślicka, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1a, 02–097 Warszawa, e-mail: agnieszka.kaplon@gmail.com

Suplement: Copyright © „Via Medica sp. z o.o.” sp.k. 2016



**Rycina 1.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne, prezentacja dwuwymiarowa; **A.** Projekcja koniuszkowa, czterojamowa, zmodyfikowana na prawe jamy serca; w prawym przedsionku widoczna podłużna struktura (strzałki); **B.** Projekcja podmostkowa; widoczny guz wypełniający światło żyły głównej dolnej w miejscu jej ujścia do prawego przedsionka (strzałki); AV — zastawka aortalna

histopatologiczne [1]. W pewnych przypadkach prawdopodobne rozpoznanie można ustalić *ex post*, uwzględniając odpowiedź na zastosowane leczenie.

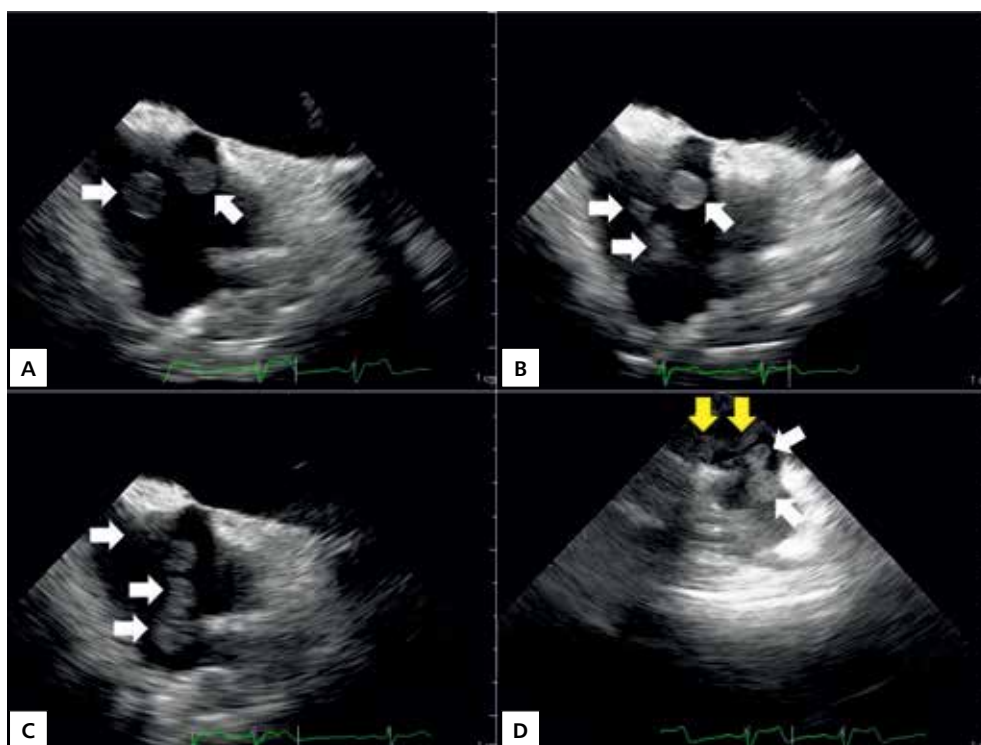
#### OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna w wieku 72 lat został przeniesiony do Kliniki Chirurgii Szpitala Uniwersyteckiego ze Szpitala Powiatowego, gdzie był hospitalizowany z powodu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki (OZT) na tle kamiczym. W trakcie pobytu w Szpitalu Powiatowym na podstawie tomografii komputerowej (CT) jamy brzusznej wysunięto podejrzenie guza brodawki Vatera. Podczas hospitalizacji w Klinice Chirurgii Szpitala Uniwersyteckiego na podstawie wyników wykonanych badań (CT jamy brzusznej, cholangiografia rezonansu magnetycznego, gastroskopia) wykluczono proces rozrostowy w obrębie brodawki Vatera. Przebieg OZT był powikłany wytworzeniem licznych zbiorników płynu w jamie brzusznej i wysiękiem w prawej jamie opłucnej wymagającym pleurocentezy. Ponadto w trakcie hospitalizacji wystąpiła biegunka o etiologii *Clostridium difficile* leczona wankomycyną doustnie. Pacjent nie wymagał interwencji chirurgicznej, stosowano terapię zachowawczą OZT, uzyskując stopniową poprawę stanu klinicznego chorego i normalizację parametrów zapalnych.

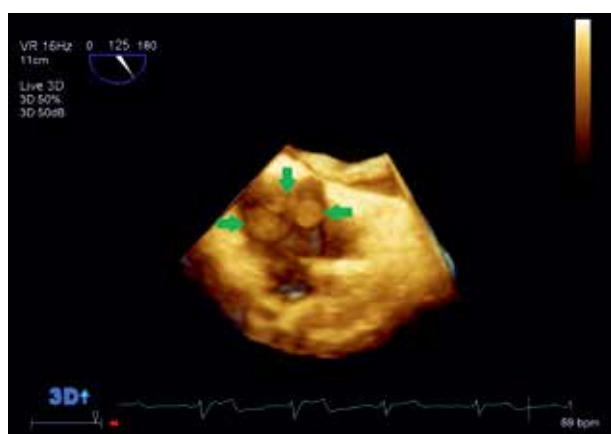
W wywiadzie u pacjenta stwierdzono ponadto: napadowe migotanie przedsionków (z tego powodu chory przyjmował wcześniej dabigatran w dawce 2 razy 150 mg/d.; w trakcie pobytu na oddziale chirurgicznym lek zmieniono na enoksaparynę w dawce 2 razy 60 mg/d.), nadciśnienie tętnicze, przebyty przed laty zawał serca ściany dolnej, stan po planowej angioplastyce gałęzi przedniej zstępującej z implantacją stentu powlekanego przed 9. miesiącami (z tego powodu pacjent stosował podwójne leczenie przeciwplatekcyjne kwasem acetylosalicylowym i kłopidogrelem), cukrzycę typu 2 leczoną środkami doustnymi, przewlekłą chorobę nerek

w stadium 3., ze wskaźnikiem przesączania kłębuszkowego (GFR) wynoszącym 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, hipercholesterolemię i niedoczynność tarczycy leczoną substytucyjnie.

W trakcie hospitalizacji w Klinice Chirurgii wystąpił napad migotania przedsionków, który był dobrze tolerowany przez chorego i ustąpił samoistnie. Konsultujący internista zalecił wykonanie badania echokardiograficznego, w którym stwierdzono pozawałowe, odcinkowe zaburzenia kurczliwości, frakcję wyrzutową lewej komory wynoszącą 51% oraz balotującą strukturę o długości ok. 40 mm w prawym przedsionku (ryc. 1). W wykonanym następnie przezprzełykowym badaniu echokardiograficznym potwierdzono obecność gronistego, balotującego guza w prawym przedsionku, wychodzącego z żyły głównej dolnej (ryc. 2–4). Pacjenta konsultowano na posiedzeniu kardiologiczno-kardiochirurgicznym, na którym — ze względu na obraz echokardiograficzny sugerujący przerzutowy charakter zmiany — zalecono poszukiwanie ogniska pierwotnego przed ewentualną kwalifikacją do leczenia operacyjnego guza serca. Wykonano pozytonową tomografię emisyjną (PET/CT), obejmując zakresem badania obszar od głowy do połowy uda, nie stwierdzając cech aktywnego metabolicznie procesu rozrostowego (ryc. 5). Włączono leczenie acenokumarolem, z docelową wartością międzynarodowego wskaźnika znormalizowanego (INR) wynoszącą 2,0–2,5, utrzymując terapię jednym lekiem przeciwplatekowym (kłopidogrelem), i wypisano pacjenta ze szpitala. Po 3 miesiącach chory został ponownie przyjęty na Oddział Chirurgiczny w celu przeprowadzenia planowej cholecystektomii. Ze względu na niewyrównaną niedoczynność tarczycy zabieg odroczono. W wykonanym wówczas przekłatkowym badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono obecności guza prawego przedsionka ani cech nadciśnienia płucnego czy przeciążenia prawej komory. Po kolejnych 2 miesiącach pacjent był ponownie przyjęty do Kliniki Chirurgii. Powtór-



**Rycina 2.** Przeprzętkowe badanie echokardiograficzne, prezentacja dwuwymiarowa; **A, B, C.** Projekcja bikawalna; w prawym przedsionku widoczny groniasty guz balotujący w trakcie cyklu pracy serca; **D.** Projekcja przeprzętkowa niska; policykliczny guz widoczny w świetle żyły głównej dolnej (strzałki żółte) i prawego przedsionka (strzałki białe)



**Rycina 3.** Przeprzętkowe badanie echokardiograficzne, prezentacja trójwymiarowa; projekcja bikawalna; w prawym przedsionku widoczna groniasta struktura (strzałki)

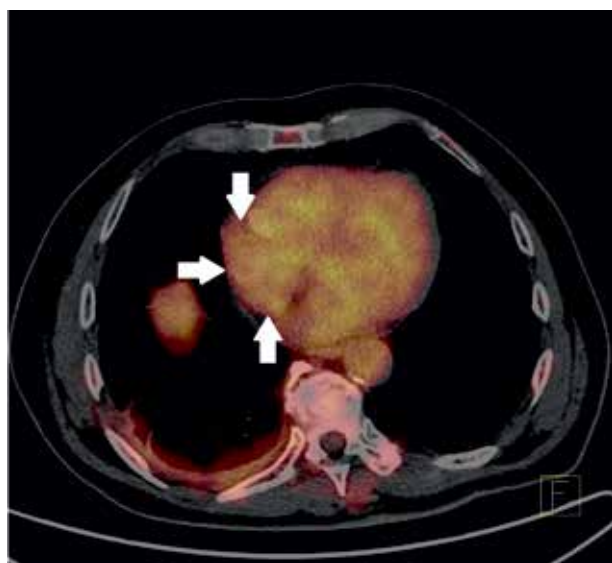


**Rycina 4.** Przeprzętkowe badanie echokardiograficzne, prezentacja dwuwymiarowa; projekcja naczyniowa wysoka, płaszczyzna pośrednia prawa; w prawym przedsionku widoczny policykliczny guz wychodzący z żyły głównej dolnej (strzałki)

rzono badanie echokardiograficzne, potwierdzając całkowitą rezolucję zmiany w prawym przedsionku i żyły głównej dolnej (ryc. 6). Odstawiono klopidogrel. Pacjent został poddany cholecysektomii. W stanie ogólnym dobrym, kontynuując leczenie przeciwkrzepliwie acenokumarolem (z docelowym INR 2,0–3,0), mężczyznę wypisano z zaleceniem dalszej opieki ambulatoryjnej.

## DYSKUSJA

Nieprawidłowe struktury stwierdzone w jamach serca to najczęściej skrzepliny [1]. Jednak w przedstawionym przypadku morfologia guza w przeprzętkowym badaniu echokardiograficznym była nietypowa dla skrzepliny i silnie przemawiała za rozrostowym charakterem zmiany. Wśród nowotworów serca zdecydowaną większość (ok. 90%)

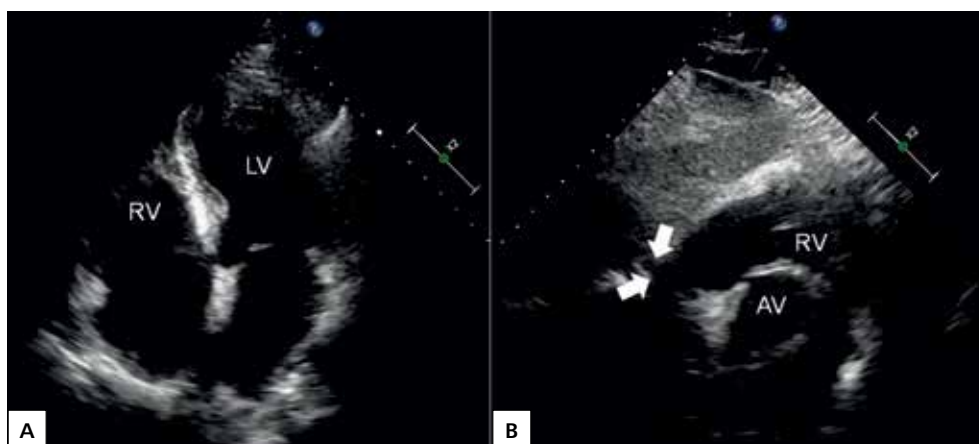


**Rycina 5.** Pozytonowa tomografia emisyjna; prawy przedsionek zaznaczony strzałkami; bez cech zwiększonego gromadzenia 18-fluorodeoksyglukozy w sercu

stanowią przerzuty guzów złośliwych [1]. Zmiany przerzutowe najczęściej lokalizują się w osierdziu (np. w przebiegu raka sutka, raka płuc, chłoniaków), a nierzadko ich pierwszą manifestacją kliniczną stanowi tamponada serca [1, 2]. Mogą jednak również naciekać mięsień sercowy (przerzuty drogą naczyń tętniczych, np. w przebiegu czerniaka złośliwego) lub układem żylnym docierać do jam serca, głównie do prawego przedsionka (np. w przebiegu raka jasnokomórkowego nerki, raka wątrobowokomórkowego czy raka jamy ustnej) [1, 3]. Pierwotne nowotwory serca występują znacznie rzadziej; w 75–90% przypadków są to zmiany łagodne, w większości śluzaki [1, 4]. Śluzaki są najczęściej związane z przegrodą

międzyprzedsionkową i w 75% przypadków powstają w lewym przedsionku [1]. Mogą jednak również umiejscawiać się w prawym przedsionku (w 15–20% przypadków), a ich morfologia jest bardzo zróżnicowana [1]. Pierwotne złośliwe nowotwory serca występują bardzo rzadko, dominują wśród nich mięsaki (*sarcoma*) [1]. O ile w większości przypadków są one zlokalizowane w lewych jamach serca, to ich najczęstszy podtyp histologiczny — naczyniakomięsak (*angiosarcoma*) — może dotyczyć prawego przedsionka [1]. Jednak w opisanym przypadku punkt wyjścia guza (z żyły głównej dolnej) sugerował zmianę o charakterze przerzutowym.

Uwzględniając całość przebiegu klinicznego (ujemny wynik PET/CT i całkowitą rezolucję zmiany pod wpływem leczenia przeciwkrzepliwego, przy braku cech przeciążenia prawej komory, które sugerowałyby przemieszczenie guza do krążenia płucnego), za najbardziej prawdopodobne rozpoznanie w opisywanym przypadku należy uznać skrzeplinę w żyłę główną dolną i prawym przedsionku u pacjenta z ciężką postacią OZT. Ostre zapalenie trzustki wiąże się ze stanem prozakrzepowym, a zakrzepica żył trzewnych (żył wrotnych, wątrobowych, kręzkowych i żyły śledzionowej) jest groźnym powikłaniem, występującym u ok. 6% chorych na OZT [5]. Wśród czynników ryzyka wystąpienia zakrzepicy żylną w przebiegu OZT wymienia się m.in. płeć męską i hiperglikemię [5]. W omawianym przypadku ciężki przebieg OZT u pacjenta z cukrzycą mógł zatem doprowadzić do powstania skrzepliny w żyłę główną dolną i prawym przedsionku, mimo stosowanego leczenia enoksaparyną. W literaturze opisano tylko 1 przypadek zakrzepicy żyły głównej dolnej z towarzyszącą skrzepliną w prawym przedsionku w przebiegu OZT [6]. Dotyczył on 58-letniego mężczyzny z masywną zakrzepicą żyły głównej dolnej, sięgającej prawego przedsionka i lewej żyły nerkowej, który zmarł mimo stosowanego leczenia (w tym enoksaparyną) [6].



**Rycina 6.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne, prezentacja dwuwymiarowa; **A.** Projekcja koniuszkowa, czteroizolowa; bez nieprawidłowych struktur w jamach serca; **B.** Projekcja podmostkowa; ujście żyły głównej dolnej do prawego przedsionka zaznaczone strzałkami; bez nieprawidłowych struktur w żyłę główną dolną i prawym przedsionku; RV — prawa komora; LV — lewa komora; AV — zastawka aortalna

Odrębnym zagadnieniem pozostaje zasadność „prze-stawiania” pacjenta leczonego dabigatranem na terapię enoksaparyną w trakcie hospitalizacji i kwestia wyboru leku przeciwkrzepliwego w przypadku stwierdzenia skrzepliny w sercu w badaniu echokardiograficznym. Biorąc pod uwagę fakt, że doustne antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K (NOAC) są zalecane w leczeniu zatorowości płucnej, wydaje się, że ich zastosowanie byłoby również upraw-nione w opisanym przypadku chorego ze skrzepliną w żyłę głównej dolnej i prawym przedsionku [7]. Obecnie trwają także prospektywne badania kliniczne mające na celu ocenę skuteczności NOAC w leczeniu skrzeplin w uszku lewego przedsionka u pacjentów z migotaniem przedsionków [8, 9].

Komentarza wymaga również wyjściowe leczenie przeciwzakrzepowe u opisanego chorego, który stosował jednocześnie podwójną terapię przeciwpytkową i dabigatran w dawce 2 razy 150 mg/dobę. Zgodnie z dokumentem wyda-nym przez Europejskie Stowarzyszenie Rytmu Serca (*European Heart Rhythm Association* — EHRA) w przypadku skojarzonej terapii lekami przeciwpytkowymi i dabigatranem należy rozważyć redukcję jego dawki do 2 razy 110 mg/dobę [10]. Zmniejszenie dawki dabigatranu w omawianym przypadku byłoby tym bardziej uzasadnione, że u chorego stwierdzono upośledzenie czynności nerek (GFR < 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) [10]. Ponadto, nawet uwzględniając niskie ryzyko powikłań krwotocznych u omawianego pacjenta (2 punkty w skali HAS-BLED), okres „potrójnej” terapii przeciwzakrzepowej u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej z implanta-cją stentu powlekanego w stabilnej chorobie wieńcowej nie powinien przekraczać 6 miesięcy, a po roku od interwencji należy kontynuować leczenie doustnym antykoagulantem w monoterapii [10].

### WNIOSKI

Zaprezentowany przypadek jest drugim w literaturze opisują-cym skrzeplinę w żyłę głównej dolnej i prawym przedsionku

w przebiegu OZT. Do zakrzepicy doszło u pacjenta, u którego w trakcie hospitalizacji z powodu OZT przewlekłe leczenie przeciwkrzepliwie dabigatranem zamieniono na terapię enoksaparyną.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Piśmiennictwo

1. Bruce CJ. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Heart*, 2011; 97: 151–160.
2. Hudzik B, Miszański-Jamka K, Glowacki J et al. Cardiac tumors: clinical features, management strategies and outcomes. *European Society of Cardiology Congress*; 29 VIII –2 IX 2015, Londyn, Wielka Brytania.
3. Dujardin KS, Click RL, Oh JK. The role of intraoperative trans-esophageal echocardiography in patients undergoing cardiac mass removal. *J Am Soc Echocardiogr*, 2000; 13: 1080–1083.
4. Elbardissi AW, Dearani JA, Daly RC et al. Survival after resection of primary cardiac tumors: a 48-year experience. *Circulation*, 2008; 118 (14 suppl.): S7–S15.
5. Toqué L, Hamy A, Hamel JF et al. Predictive factors of splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis: a 6-year single-center experience. *J Dig Dis*, 2015; 16: 734–740.
6. Lee K, Ko JI, Park T. Acute pancreatitis complicated by massive inferior vena cava and right atrial thrombosis: a case report. *Ann Vasc Surg*, 2015; 29: 1020.e7-1020.e10.
7. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*, 2014; 35: 3033–3069.
8. Ferner M, Wachtlin D, Konrad T et al. Rationale and design of the RE-LATED AF-AFNET 7 trial: REsolution of Left atrial-Appendage Thrombus-Effects of Dabigatran in patients with Atrial Fibrillation. *Clin Res Cardiol*, 2016; 105: 29–36.
9. Lip GY, Hammerstingl C, Marin F et al. Rationale and design of a study exploring the efficacy of once-daily oral rivaroxaban (X-TRA) on the outcome of left atrial/left atrial appendage thrombus in nonvalvular atrial fibrillation or atrial flutter and a retrospective observational registry providing baseline data (CLOT-AF). *Am Heart J*, 2015; 169: 464–471.
10. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*, 2015; 17: 1467–1507.