

# Masywny naciek wolnej ściany prawej komory przez chłoniaka z dużych komórek B

Massive infiltration of the right ventricular wall caused by large B-cell lymphoma

Ireneusz Jedliński<sup>1, 2</sup>, Maria Jamrozek-Jedlińska<sup>3</sup>, Paweł Bugajski<sup>4</sup>, Małgorzata Pyda<sup>5</sup>, Kajetan Poprawski<sup>1, 5</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Echokardiografii, NSZOZ „Medicor”, Poznań

<sup>2</sup>Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

<sup>3</sup>Oddział Hematologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

<sup>4</sup>Oddział Kardiochirurgiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań

<sup>5</sup>Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

## Abstract

We presented a case of symptomatic secondary cardiac B-cell lymphoma localised in the free wall of the right ventricle (RV). It was detected during transthoracic echocardiography and confirmed by nuclear magnetic resonance imaging. The RV free wall motion abnormalities, decreased dimensions of RV and small pericardial effusion were found. The tumour dimensions declined after the first cycle of chemotherapy with antracyclins.

**Key words:** tumour of the right ventricle, large B-cell lymphoma

Kardiol Pol 2012; 70, 7: 732–734

## WSTĘP

Rozlane chłoniaki z dużych komórek B (DLBCL) występują w sercu jako guzy pierwotne lub wtórne do lokalizacji pierwotnie węzłowej [1]. Zazwyczaj mają postać dużych, policyklicznych, nieruchomych mas, wychodzących ze ścian serca i wpuklających się do jego jam, rzadziej są zlokalizowane w obrębie samej ściany serca. Poniżej przedstawiono przypadek chorej z pozawęzłowym chłoniakiem z dużych komórek B, zlokalizowanym w obrębie wolnej ściany prawek komory (RV).

## OPIS PRZYPADKU

Chora w wieku 62 lat została skierowana z poradni onkologicznej w celu oceny echokardiograficznej przed włączeniem chemioterapii z zastosowaniem antracyklin. Rozpoznano u niej postać węzłową chłoniaka z dużych komórek B. W wywiadzie zgłaszała stopniowo narastającą duszność wysiłkową (klasa II wg NYHA) i niewielkie obrzęki przykostkowe obu kończyn dolnych. Podczas przekłatkowego badania echokardiograficznego stwierdzono obecność litego guza w wol-

nej ścianie RV o wymiarach 71 × 37 mm, powodującego znaczne zaburzenia jej kurczliwości i zmniejszenie jamy RV. Maksymalny poprzeczny wymiar późnorozkurczowy RV w projekcji koniuszkowej 4-jamowej nie przekraczał 24 mm (ryc. 1A–D). Nie zaobserwowano zaburzeń czynności zastawki trójdzielnej i płucnej. W worku osierdziowym wykazano obecność niewielkiej ilości płynu przy wolnej ścianie RV.

W celu dokładnej oceny rozmiarów oraz lokalizacji guza wykonano badanie metodą rezonansu magnetycznego serca (NMR). Potwierdzono masywny lity guz w obrębie wolnej ściany RV, sięgający od bruzdy przedsińkowo-komorowej do koniuszka serca. Nie wykazano cech ucisku guza na strukturę pozasercowe (ryc. 2A–D). Po konsultacji hematologicznej wdrożono u chorej 1 cykl chemioterapii, obejmującej podanie CHOP (cyklofosfamid, doksorubicyna, winkrystyna, prednizolon) z rituximabem. Po zastosowaniu 2. cyklu chemioterapii stan chorej się pogorszył. Wystąpiły objawy ostrej niewydolności oddechowej z powodu masywnego, obustronnego zapalenia płuc. Po kilku dniach pacjentka zmarła.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ, ul. Szwajcarska 3, 61–285 Poznań, e-mail: irejed@wp.pl

Praca wpłynęła: 02.05.2011 r. Zaakceptowana do druku: 26.05.2011 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



**Rycina 1.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne; **A.** Projekcja 4-jamowa, koniuszkowa; **B, C.** Projekcja podmostkowa, 4-jamowa; **D.** Projekcja podmostkowa, naczyniowa w osi krótkiej na DOPK. Strzałkami zaznaczono granice masywnego nacieku wolnej ściany prawej komory (PK); LK — lewa komora; PP — prawy przedsionek; LP — lewy przedsionek; ZT — zastawka trójdzielna; ZP — zastawka pnia płucnego; TP — pień płucny; DOPK — droga odpływu prawej komory

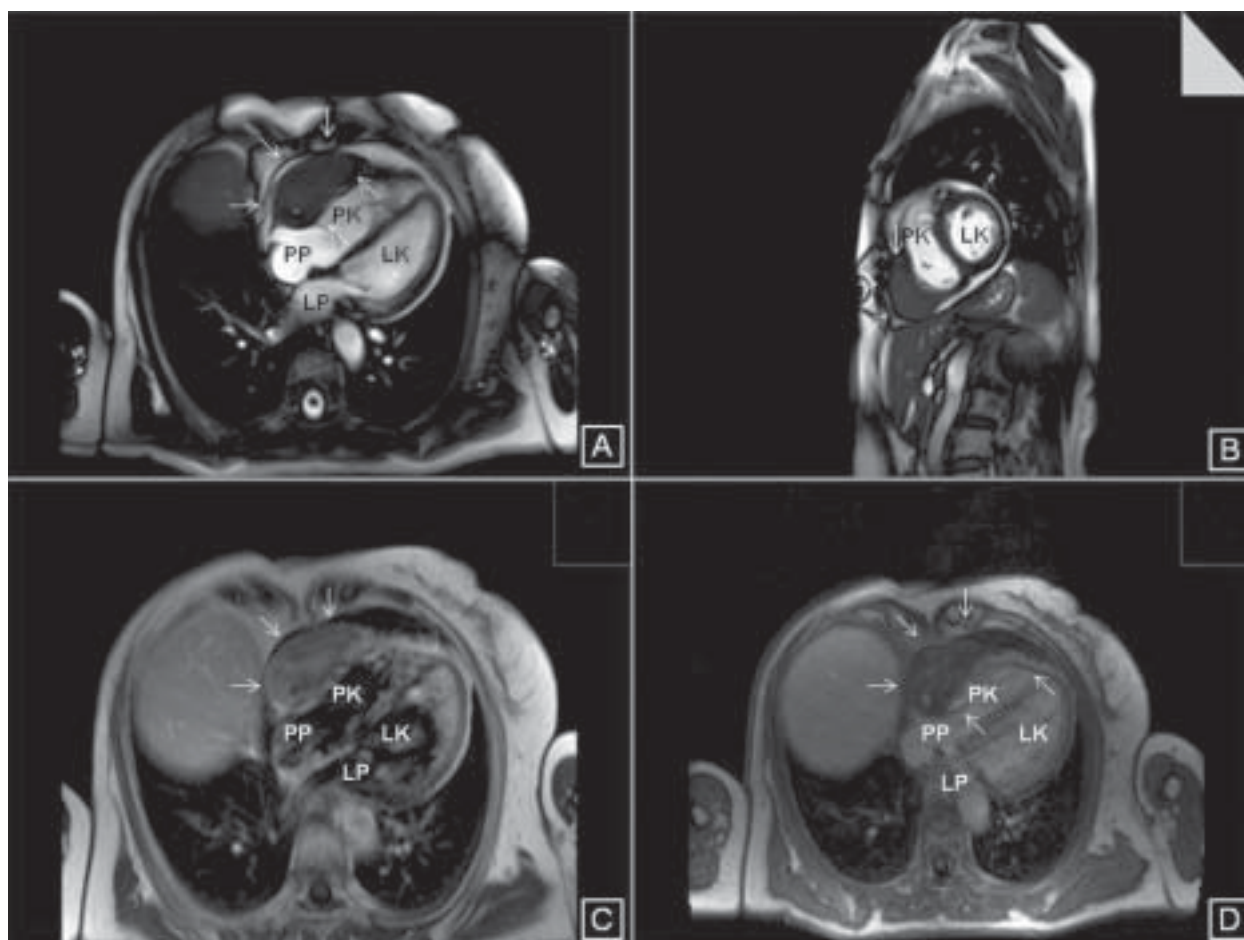
## OMÓWIENIE

Rozlane chłoniaki z dużych komórek B stanowią 0,5% guzów [2]. Częściej występują u osób z AIDS [3]. W przypadku lokalizacji śródściennej przez dłuższy czas nie powodują one objawów. Pierwszymi symptomami są zazwyczaj zaburzenia rytmu lub przewodzenia (bloki przedsionkowo-komorowe) [4]. W miarę wzrostu guza może się pojawić duszność wysiłkowa, co skłania do wykonania badania echokardiograficznego. W zaawansowanych przypadkach chłoniaków wolnej ściany RV (szczególnie w części odpływowej) dochodzi do objawów obturacji drogi odpływu RV i pojawienia się duszności spoczynkowej [5]. Lokalizacja guza w pobliżu pierścienia zastawki trójdzielnej może powodować zwężenie prawego ujścia żylnego, co prowadzi do zastojów w krążeniu żylnym (powiększenie wątroby, obrzęki obwodowe) i zakrzepicy żył głównych [6].

Chorobę rozpoznaje się na podstawie badania histopatologicznego i immunofenotypowania zajętego węzła chłonnego lub narządów pozalimfatycznych [7]. Następnie określa

się stopień zaawansowania, stosując skalę Anna Arbor, oraz rokowanie wg *International Prognostic Index* (IPI). W celu określenia stopnia zaawansowania choroby wykonuje się badania obrazowe [RTG, ultrasonografia, echokardiografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna (PET)] [8, 9] oraz badania cytologiczne i histopatologiczne szpiku.

Standardem leczenia DLBCL jest stosowanie polichemioterapii łącznie z rituximabem. W Polsce lek ten najczęściej jest kojarzony z CHOP (cyklofosfamid, doksorubicyna, winkrystyna, prednizolon) [10]. W zależności od stopnia zaawansowania i IPI chorzy mogą otrzymać 2–8 kursów chemioterapii co 21 dni. Po każdym kursie przeprowadza się ocenę rezultatów leczenia. U chorych, którzy zostali zakwalifikowani do co najmniej 6 kursów, przy braku cech oporności lub progresji po poprzednich cyklach, po 4. kursie wykonuje się PET. Po stwierdzeniu cech remisji metabolicznej pacjenci otrzymują dalsze 2 kursy leczenia. Jeżeli choroba jest nadal aktywna, w zależności od stopnia odpowiedzi, stosuje się bądź



**Rycina 2A–D.** Badanie metodą rezonansu magnetycznego. Strzałkami zaznaczono granice masywnego nacieku wolnej ściany prawej komory (PK); LK — lewa komora; PP — prawy przedsionek; LP — lewy przedsionek

kolejne powyższe 4 cykle chemioterapii, bądź włącza się leczenie dla postaci opornych i nawrotowych [11].

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

#### **Piśmiennictwo**

- Chim CS, Chan AC, Kwong YL et al. Primary cardiac lymphoma. *Am J Hematol*, 1997; 54: 79–83.
- Kaderli AA, Baran I, Aydin O et al. Diffuse involvement of the heart and great vessels in primary cardiac lymphoma. *Eur J Echocardiogr*, 2010; 11: 74–76.
- Terada T. Diffuse large B-cell lymphoma of non-germinal center B-cell type of the heart in an immunocompetent woman: an autopsy case. *Med Oncol*, 2011; 28: 207–210.
- Chiba Y, Oka K, Saito H et al. Primary cardiac B-cell lymphoma presented as heart tamponade and atrioventricular block: a case report. *Acta Cytol*, 2010; 54: 79–81.
- Petrich A, Cho SI, Billett H. Primary cardiac lymphoma: an analysis of presentation, treatment, and outcome patterns. *Cancer*, 2011; 117: 581–589.
- Chen X, Sun Z, Dong N et al. Primary cardiac lymphoma complicated with inferior vena cava thrombosis: a case report. *Acta Cardiol*, 2010; 65: 347–349.
- Nascimento AF, Winters GL, Pinkus GS. Primary cardiac lymphoma: clinical, histologic, immunophenotypic, and genotypic features of 5 cases of a rare disorder. *Am J Surg Pathol*, 2007; 9: 1344–1350.
- Araoz PA, Eklund HE, Welch TJ, Breen JF. CT and MR imaging of primary cardiac malignancies. *RadioGraphics*, 1999; 19: 142–144.
- Lee JC, Platts DG, Huang YT, Slaughter RE. Positron emission tomography combined with computed tomography as an integral component in evaluation of primary cardiac lymphoma. *Clin Cardiol*, 2010; 33: E106–E108.
- Zinzani PL, Stefoni V, Finolezzi E et al. Rituximab combined with MACOP-B or VACOP-B and radiation therapy in primary mediastinal large B-cell lymphoma: a retrospective study. *Clin Lymphoma Myeloma*, 2009; 9: 381–385.
- Armitage JO. How I treat patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Blood*, 2007; 110: 29–36.
- Savage KJ, Johnson NA, Ben-Neriah S et al. MYC gene rearrangements are associated with a poor prognosis in diffuse large B-cell lymphoma patients treated with R-CHOP chemotherapy. *Blood*, 2009; 114: 3533–3537.
- Boehme V, Schmitz N, Zeynalova S et al. CNS events in elderly patients with aggressive lymphoma treated with modern chemotherapy (CHOP-14) with or without rituximab: an analysis of patients treated in the RICOVER-60 trial of the German High-Grade Non-Hodgkin Lymphoma Study Group (DSHNHL). *Blood*, 2009; 113: 3896–3902.