Folia Cardiologica 2021
tom 16, nr 6, strony 398–401
Copyright © 2021 Via Medica
ISSN 2353–7752
e-ISSN 2353–7760

Mężczyzna w wieku 84 lat z dusznością, podejrzeniem guza w lewym przedsionku i rozpoznaną przepukliną rozworu przełykowego przepony

Agnieszka Major[1, 2], Iwona Gorczyca-Głowacka[1, 2], Beata Wożakowska-Kapłon[1, 2], Łukasz Wypchło[1, 3]

[1]I Kinika Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach
[2]Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
[3]Pracownia Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Major A et al. An 84-year-old man with dyspnoea, tumour in the left atrium suspected and diaphragmatic hiatal hernia diagnosed. 2021; 16(6): 394–397. DOI: 10.5603/FC.a2021.0051. Należy cytować wersję pierwotną

Streszczenie

Omówiono przypadek 84-letniego chorego, który zgłosił się do kliniki kardiologii z powodu nasilającej się duszności. U pacjenta w badaniu echokardiograficznym opisano zmianę guzowatą w lewym przedsionku sugerującą śluzaka.

Słowa kluczowe: guz serca, śluzak

Folia Cardiologica 2021; 16, 6: 398–401

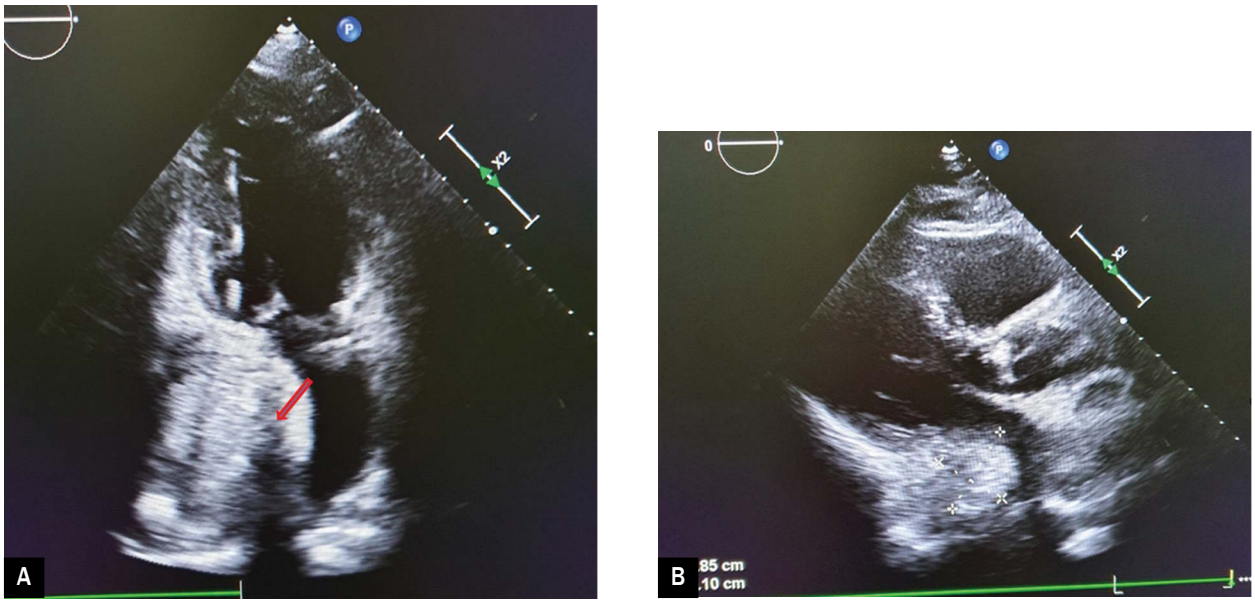
Wstęp

Zmiany o morfologii guza występujące w sercu mogą mieć charakter nowotworowy i nienowotworowy [1]. Nowotwory serca to struktury zlokalizowane w obrębie jam serca, poszczególnych warstw lub całego przekroju jego ściany. Pierwotne guzy serca występują rzadziej niż guzy przerzutowe [2]. Wśród nowotworów pierwotnych ponad 75% ma charakter niezłośliwy [2, 3]. Najczęstszym pierwotnym guzem łagodnym jest śluzak lokalizujący się głównie w lewym przedsionku [4]. Prawie wszystkie nowotwory złośliwe (poza guzami ośrodkowego układu nerwowego [OUN]) mogą powodować przerzuty do serca. Najczęstszym źródłem takich przerzutów jest rak płuca (30–40%), do innych należą rak piersi, przełyku, czerniak, białaczka czy chłoniak [5]. Dodatkowymi strukturami obserwowanymi w sercu, oprócz zmian rozrostowych, mogą być skrzepliny, wegetacje bakteryjne, guzy zapalne, ropnie itp. [1]. Konieczna jest zatem diagnostyka różnicowa, oparta głównie na badaniach obrazowych, ponieważ postępowanie jest inne w każdym z tych przypadków [2]. W zależności od ustalonego rozpoznania rokowanie może być bardzo różne. W przypadku skrzepliny, wegetacji bakteryjnych czy łagodnych pierwotnych guzów serca możliwe jest całkowite wyleczenie. Złośliwe nowotwory pierwotne i przerzuty nowotworowe rokują bardzo źle; zwykle czas przeżycia nie przekracza roku od rozpoznania.

Opis przypadku

Do kliniki kardiologii został przyjęty 84-letni pacjent z powodu nasilającej się od kilku tygodni duszności. Objawy występowały przede wszystkim w nocy, utrudniając choremu sen. Dodatkowo okresowo występował kaszel, poza tym chory nie podawał innych objawów infekcji dróg oddechowych. Pacjent dotychczas był leczony z powodu przewlekłej niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory, miał rozpoznane zwężenie zastawki aortalnej umiarkowanego stopnia oraz rok temu implantowany kardiostymulator dwujamowy z powodu choroby węzła

Adres do korespondencji: lek. Agnieszka Major, I Klinika Kardiologii i Elektroterapii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, ul. Grunwaldzka 45, 25–736 Kielce, e-mail: major.agn@gmail.com



Rycina 1. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe: **A.** Projekcja dwujamowa — strzałką zaznaczono strukturę uciskającą na lewy przedsionek; **B.** Projekcja przymostkowa w osi długiej — strzałką zaznaczona struktura wpuklająca się w jamę lewego przedsionka

zatokowego. Ponadto około 3 miesiące przed opisywaną hospitalizacją odbył się zabieg wymiany elektrody komorowej z powodu jej dysfunkcji.

Przy przyjęciu pacjent był w dość dobrym stanie ogólnym; zgłaszał niewielką duszność, nie gorączkował. W badaniu przedmiotowym stwierdzono cichy szmer skurczowy w polu osłuchiwania zastawki aortalnej i prawidłowy szmer pęcherzykowy nad polami płucnymi, nie obserwowano natomiast obrzęków obwodowych. W elektrokardiogramie (EKG) zapis stymulacji DDD 65/min.

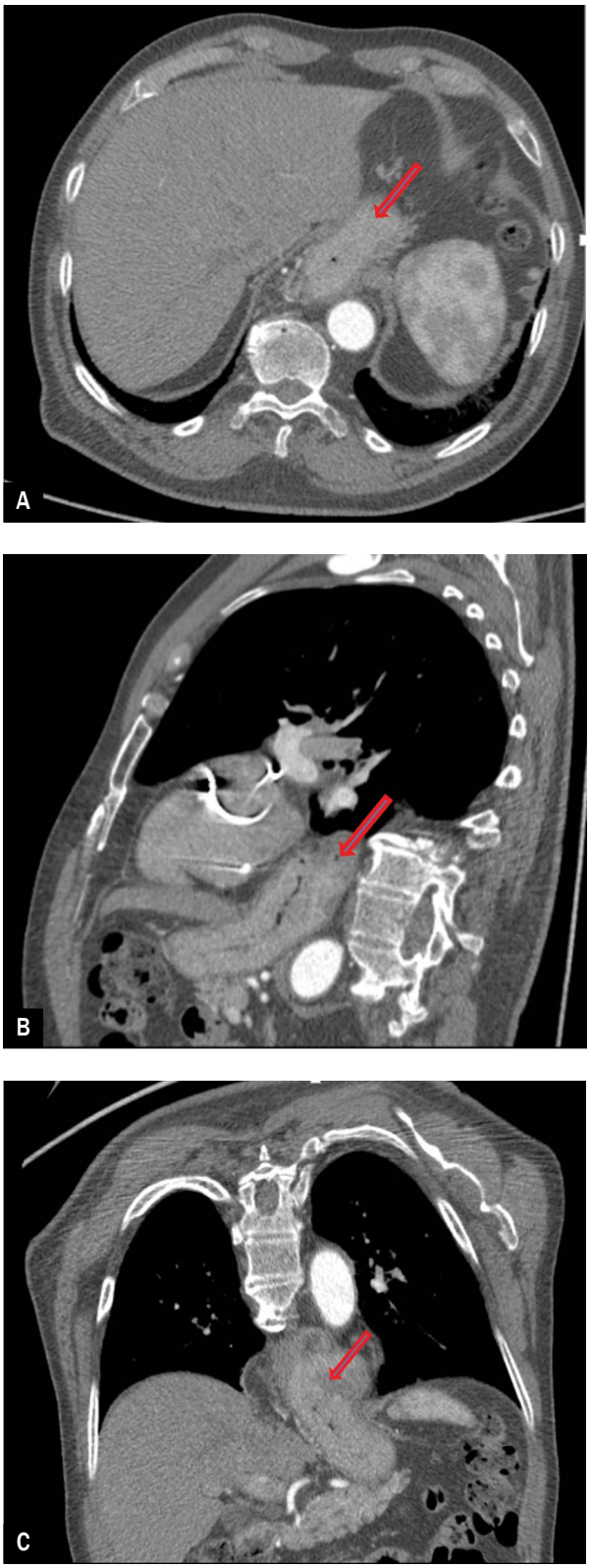
W badaniach laboratoryjnych stwierdzono łagodną niedokrwistość (stężenie hemoglobiny [Hb] 10,8 g/dl), niedobór żelaza (Fe 53 µg/dl) i ferrytyny (15 ng/ml), nieco podwyższone stężenia białka C-reaktywnego (CRP, *C-reactive protein*) (15,14 mg/dl) i D-dimerów (1376 µg/l) przy prawidłowej wartości peptydu natriuretycznego tupu B (BNP, *B-type natriuretic peptide*) (24 pg/ml) oraz negatywnym wyniku badania metodą reakcji polimerazy łańcuchowej (PCR, *polymerasie chain reaction*) w kierunku zakażenia koronawirusem zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2 (SARS-CoV-2, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). W badaniu radiologicznym (RTG) klatki piersiowej spośród odchyleń opisano drobne zwłóknienia w szczycie lewego płuca, dobrze wysycony 4-milimetrowy guzek u podstawy prawego płuca i zwapnienia w łuku aorty (zmiany opisywane w badaniu RTG rok wcześniej nie uległy progresji). W drugiej dobie hospitalizacji wykonano przezklatkowe badanie echokardiograficzne (TTE, *transthoracic echocardiography*), w którym uwidoczniono powiększenie lewego przedsionka (57 mm) oraz obecność zmiany o charakterze guza w jamie lewego przedsionka. Według sugestii echokardiografisty zmiana ta mogła być strukturą wychodzącą ze ściany lewego przedsionka lub guzem wpuklającym się w jamę przedsionka, a wywodzącym się ze struktur pozasercowych (ryc. 1). Chorego zakwalifikowano do dalszej diagnostyki podejrzanej zmiany guzowatej i zalecono wykonanie tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*). W badaniu CT klatki piersiowej opisano obecność przepukliny rozworu przełykowego o wymiarach 35 × 55 mm, nie stwierdzono natomiast patologicznej struktury w jamie lewego przedsionka (ryc. 2).

Chorego konsultowano chirurgicznie; zalecono leczenie zachowawcze. Włączono inhibitor pompy protonowej i poinformowano chorego o odpowiedniej diecie oraz skierowano do poradni gastrologicznej. Pacjenta wypisano do domu w stanie stabilnym.

Omówienie

Zmiany o charakterze guza występujące w sercu w znaczącej większości przypadków mają charakter łagodny [3]. Najczęściej rozpoznaje się śluzak lewego przedsionka, którego obecność podejrzewano u omawianego pacjenta. Do innych pierwotnych zmian o łagodnym charakterze można zaliczyć między innymi włókniak brodawkowaty, tłuszczak, mięśniak prążkowanokomórkowy [3]. Pierwotne zmiany złośliwe to różne rodzaje mięsaków, chłoniaków czy międzybłoniak osierdzia.

Objawy guzów serca zależą przede wszystkim od ich wielkości i lokalizacji, natomiast w mniejszym stopniu od



Rycina 2. Tomografia komputerowa klatki piersiowej — strzałką zaznaczono przepuklinę rozworu przełykowego przepony; **A.** Przekrój poprzeczny; **B.** Przekrój strzałkowy; **C.** Przekrój czołowy

budowy histologicznej [6]. Zależnie od umiejscowienia guza można obserwować konsekwencje w postaci zatorowości płucnej, zatorowości obwodowej (najczęściej udar mózgu), zaburzeń rytmu serca [4, 7], tamponady serca czy objawów niewydolności serca. W badaniu obserwacyjnym przeprowadzonym w grupie 36 pacjentów hospitalizowanych z powodu śluzaka u aż 8 osób (22%) występowały objawy neurologiczne. Najczęściej (w 75%) rozpoznawano udar mózgu, drugi w kolejności był przemijający epizod niedokrwienny (TIA, *transient ischemic attack*) [8]. U opisywanego chorego dominowała duszność typu *orhopnoe* [4], sporadycznie pojawiał się kaszel. Objawy te sugerowały niewydolność serca.

Podstawą rozpoznania zmian guzowatych w sercu jest zwykle wynik badania echokardiograficznego oraz CT lub rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*) [2]. Badanie echokardiograficzne pozwala określić lokalizację, zasięg, morfologię, a także ewentualne zaburzenia hemodynamiczne. Z kolei badania CT i MRI umożliwiają pełną ocenę umiejscowienia i zaawansowania nowotworu oraz lepsze uwidacznienie osierdzia i dużych naczyń. Rezonans magnetyczny służy ocenie naciekania mięśnia sercowego i pozwala odróżnić nowotwór od skrzepliny, a niekiedy wskazać typ histologiczny guza [9]. Wskazane jest jak najszybsze dążenie do ustalenia rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego leczenia w celu uniknięcia progresji objawów oraz powikłań. Nawet łagodne zmiany, takie jak śluzak, mogą powodować nasilone objawy, wynikające z lokalizacji zmiany, jej stosunku do zastawki mitralnej, a także być przyczyną ciężkich powikłań (w tym zgonu), na przykład w przebiegu zatorowości obwodowej. Leczenie operacyjne u chorych z guzami serca jest leczeniem z wyboru, pod warunkiem że guz ten nie jest manifestacją zaawansowanej choroby nowotworowej. Spośród 19 chorych hospitalizowanych w klinice kardiochirurgii w latach 2008–2014 i operowanych z powodu guza serca 3 osoby zmarły we wczesnym okresie pooperacyjnym, natomiast 16 pacjentów wypisanych do domu przeżyło okres 2,5-letniej obserwacji. Rokowanie długoterminowe u chorych operowanych z powodu guza serca jest pomyślne [9].

U opisywanego chorego zgłaszane przez niego objawy wskazywały na niewydolność serca. Wykonanie badania echokardiograficznego pozwoliło na wysunięcie podejrzenia guza serca, jednak rozpoznanie to wymagało weryfikacji w dodatkowym badaniu obrazowym. Na podstawie CT wykluczono kardiologiczną przyczynę dolegliwości.

Podsumowanie

U opisywanego pacjenta choroba przewodu pokarmowego manifestowała się objawami kardiologicznymi, a obraz echokardiograficzny nasuwał podejrzenie guza serca.

Poszerzenie diagnostyki doprowadziło do ustalenia ostatecznego rozpoznania i postępowania.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Poterucha TJ, Kochav J, O'Connor DS, et al. Cardiac tumors: clinical presentation, diagnosis, and management. Curr Treat Options Oncol. 2019; 20(8): 66, doi: 10.1007/s11864-019-0662-1, indexed in Pubmed: 31250250.
2. Ren DY, Fuller ND, Gilbert SAB, et al. Cardiac tumors: clinical perspective and therapeutic considerations. Curr Drug Targets. 2017; 18(15): 1805–1809, doi: 10.2174/1389450117666160703162111, indexed in Pubmed: 27397063.
3. Samanidis G, Khoury M, Balanika M, et al. Current challenges in the diagnosis and treatment of cardiac myxoma. Kardiol Pol. 2020; 78(4): 269–277, doi: 10.33963/KP.15254, indexed in Pubmed: 32207702.
4. Pradhan A, Gupta V, Vishwakarma P, et al. "Yoyo" ball in heart: uncommon cause of dyspnea in an elderly female. Int J Appl Basic Med Res. 2020; 10(4): 289–291, doi: 10.4103/ijabmr.IJABMR_225_19, indexed in Pubmed: 33376706.
5. Burazor I, Aviel-Ronen S, Imazio M, et al. Metastatic cardiac tumors: from clinical presentation through diagnosis to treatment. BMC Cancer. 2018; 18(1): 202, doi: 10.1186/s12885-018-4070-x, indexed in Pubmed: 29463229.
6. Yanagawa B, Mazine A, Chan EY, et al. Surgery for tumors of the heart. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2018; 30(4): 385–397, doi: 10.1053/j.semtcvs.2018.09.001, indexed in Pubmed: 30205144.
7. Bartczak-Rutkowska A, Trojnarska O, Plaskota K, et al. Heart palpitations as an early presentation of a heart tumor. Pol Arch Med Wewn. 2016; 126(12): 1009–1011, doi: 10.20452/pamw.3725, indexed in Pubmed: 28009999.
8. Andreu JP, Parrilla G, Arribas JM, et al. Neurological manifestations of cardiac myxoma: experience in a referral hospital. Neurología (English Edition). 2013; 28(9): 529–534, doi: 10.1016/j.nrleng.2013.10.016.
9. Michta K, Pietrzyk E, Wożakowska-Kapłon B. Guzy serca leczone chirurgicznie — doświadczenie jednego ośrodka. Folia Cardiol. 2015; 10(2): 86–90, doi: 10.5603/fc.2015.0018.