

Śluzak prawego przedsionka jako nietypowe źródło zatorowości płucnej

Agnieszka Mielczarek¹, Ewa Szymczyk¹, Grzegorz Religa², Tomasz Kaszczyński², Piotr Lipiec¹,
Karina Wierzbowska-Drabik¹, Jarosław Damian Kasprzak¹

¹Katedra i Klinika Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. W. Biegańskiego w Łodzi, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
²Oddział Kardiochirurgii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. W. Biegańskiego w Łodzi

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Mielczarek A, et al. Right atrial myxoma as atypical source of pulmonary embolism. 2022; 17(2): 131–133.
DOI: 10.5603/FC.2022.0008. Należy cytować wersję pierwotną

Streszczenie

Najczęstszym pierwotnym łagodnym guzem serca jest śluzak, zlokalizowany jedynie w 5–20% przypadków w prawym przedsionku. Guzy prawego serca są rzadką przyczyną zatorowości płucnej. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 42-letniej pacjentki z guzem prawego przedsionka i obrazem ostrej zatorowości płucnej, potwierdzający istotną rolę badań obrazowych w diagnostyce zmian rozrostowych w sercu.

Słowa kluczowe: guzy serca, śluzak, zatorowość płucna

Folia Cardiologica 2022; 17, 2: 134–136

Wstęp

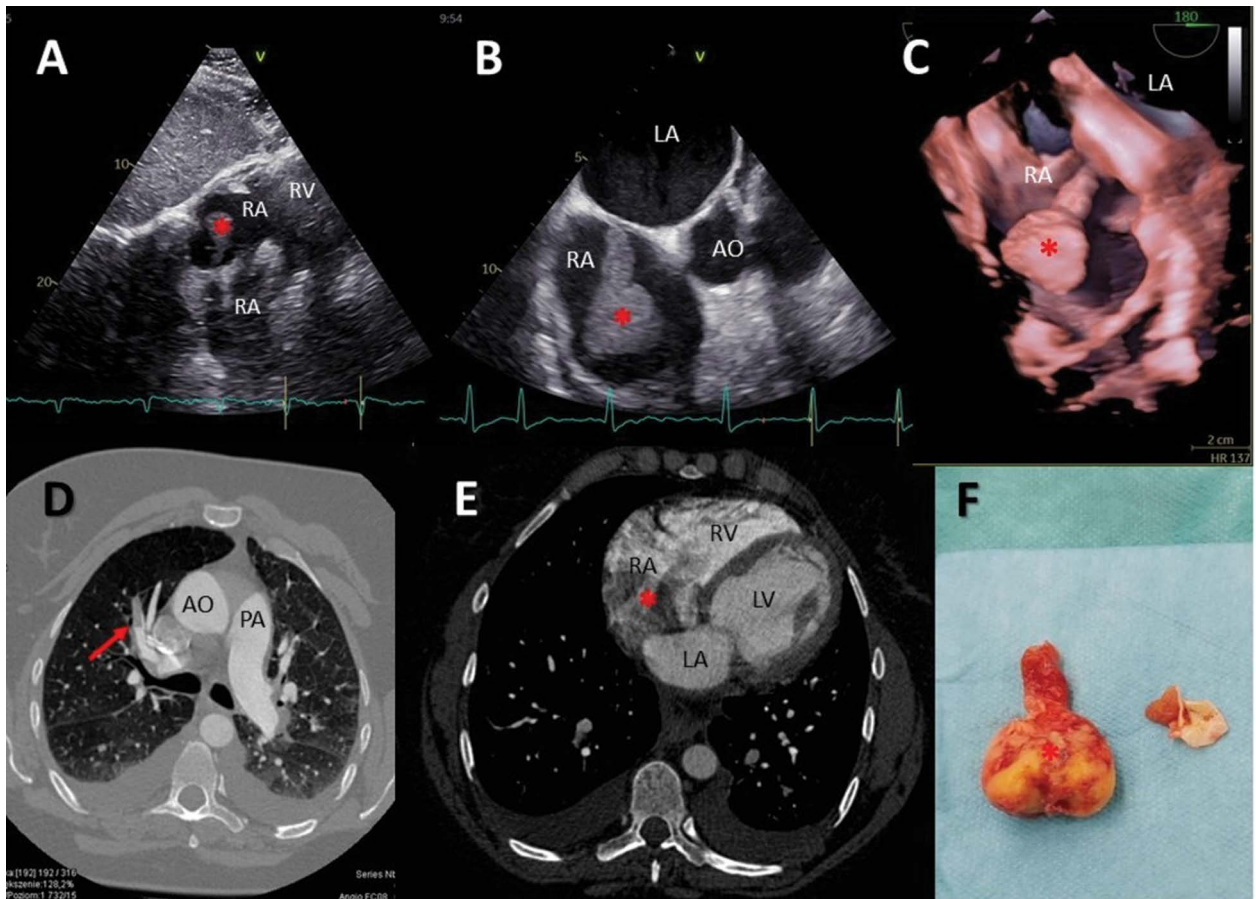
Dodatkowe masy stwierdzone w jamach prawego serca to najczęściej skrzepliny, które wykrywa się u 4% pacjentów z zatorowością płucną [1]. Mimo epidemiologii przemawiającej za etiologią zakrzepowo-zatorową, patologiczne struktury zlokalizowane w obrębie jam serca zawsze należy różnicować za pomocą badań obrazowych oraz badania histopatologicznego ze zmianami rozrostowymi, wegetacjami, guzami zapalnymi czy ropniami.

W niniejszej pracy przedstawiono opis przypadku 42-letniej pacjentki z objawami klinicznymi guza prawego przedsionka pod postacią ostrej zatorowości płucnej.

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 42 lat, dotychczas nielecząca się przewlekłe, została przyjęta do kliniki kardiologii z powodu postępującego od 3 tygodni upośledzenia tolerancji wysiłku. W badaniu elektrokardiograficznym przy przyjęciu

stwierdzono migotanie przedsionków z częstością rytmu komór około 120/min (arytmia zdiagnozowana po raz pierwszy). W badaniach laboratoryjnych stężenia: D-dimerów 1817 µg FEU/l, N-końcowego fragmentu propeptydu natriuretycznego typu B 1969 pg/ml, troponiny T oznaczonej metodą wysokoczułą 0,01 ng/ml. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono w prawym przedsionku dodatkową, podłużną strukturę (o długości 50 mm), z szypułą w tylnogórnej krawędzi dołu owalnego, wpuklającą się w ujście trójdzielne, bez cech przeciążenia ciśnieniowego prawych jam serca, z dobrą funkcją skurczową lewej komory z frakcją wyrzutową 60%, umiarkowaną niedomykalnością mitralną i trójdzielną oraz umiarkowanym powiększeniem obu przedsionków. Lokalizacja guza wskazywała na obecność skrzepliny, ale jego morfologia bardziej odpowiadała śluzakowi serca. Pacjentka bez wcześniejszego wywiadu zakrzepicy żył głębokich. Wykonano angiografię tomografii komputerowej tętnic płucnych, w której potwierdzono obecność dodatkowej struktury w prawym przedsionku, a ponadto stwierdzono materiał



Rycina 1A. Echokardiografia przezklatkowa – projekcja podmostkowa; **B.** Echokardiografia przezprzełykową – projekcja przezprzełykowa wysoka, tryb obrazowania 2D w skali szarości; gwiazdką oznaczono guz prawego przedsionka uszypułowany w okolicy dołu owalnego przegrody międzyprzedsionkowej; **C.** Echokardiografia 3D – tryb odwzorowania objętościowego; gwiazdką oznaczono guz prawego przedsionka uszypułowany w okolicy dołu owalnego przegrody międzyprzedsionkowej; **D.** Tomografia komputerowa tętnic płucnych; strzałką oznaczono materiał zatorowy w tętnicach segmentalnych prawego płuca; **E.** Tomografia komputerowa serca; gwiazdką oznaczono guz prawego przedsionka – obecne artefakty ruchowe; **F.** Zdjęcie śródoperacyjne – wycięty guz prawego przedsionka (oznaczono gwiazdką) oraz część przegrody międzyprzedsionkowej; AO – aorta; LA (left atrium) – lewy przedsionek; LV (left ventricle) – lewa komora; PA (pulmonary artery) – tętnica płucna; RA (right atrium) – prawy przedsionek; RV (right ventricle) – prawa komora

zatorowy w tętnicach do segmentu 2, 3, 6 prawego płuca i poszerzony pień płucny (ryc. 1). Wykonano ultrasonograficzny test uciskowy żył kończyn dolnych, uzyskując wynik ujemny. Chorą konsultowano kardiologicznie i zakwalifikowano do pilnej operacji.

Pacjentkę przeniesiono na oddział kardiologii, gdzie w krążeniu pozaustrojowym i osłonie antybiotykowej wykonano wycięcie guza serca wraz z podstawą i usunięcie materiału zatorowego z gałęzi tętnicy płucnej. W drugiej dobie pooperacyjnej wystąpił przemijający mózgowy incydent niedokrwienny (w kontrolnym badaniu tomografii komputerowej bez nieprawidłowości). W kolejnej dobie objawy neurologiczne ustąpiły. Ze względu na wykryte w klinice kardiologii migotanie przedsionków o nieznanym czasie trwania wykonano kardiowersję elektryczną, uzyskując konwersję

do rytmu zatokowego. Pacjentkę w dobrym stanie ogólnym wypisano do domu. Wynik badania histopatologicznego guza potwierdził rozpoznanie śluzaka. Kilkumiesięczny okres obserwacji potwierdza dobry efekt zabiegu; pacjentka nie zgłasza dolegliwości, pozostaje pod opieką poradni kardiologicznej, oczekuje na kontrolne badanie rezonansu magnetycznego serca.

Dyskusja

Najczęstszą przyczyną zatorowości płucnej jest zakrzepica żył głębokich, a niekiedy guzy prawego serca. Guzy serca są rzadkie, najczęściej przerzutowe. W diagnostyce różnicowej patologicznej struktury w prawostronnych jamach serca u osób dorosłych należy uwzględnić skrzeplinę, guz serca,

ropień bądź wegetacje [2]. Najczęstszym pierwotnym łagodnym guzem serca jest śluzak, zlokalizowany w 15–20% przypadków w prawym przedsionku. Ten uszypułowany guz pochodzi w prawym przedsionku typowo z dołu owalnego, gdzie łączy się z przegrodą międzyprzedsionkową. Objawowość zależy od dokładnej lokalizacji, struktury, kruchości i ruchomości zmiany [3, 4]. Śluzak prawego przedsionka może pozostać bezobjawowy bądź manifestować się symptomami związanymi z zablokowaniem ujścia trójdzielnego czy prawokomorową niewydolnością serca [5, 6], a także tkankowymi zatorami płucnymi. Dominującym objawem jest duszność, natomiast do atypowego obrazu klinicznego należą omdlenia, kołatania serca, nietypowy ból w klatce piersiowej czy zatorowość płucna [7].

Ze względu na ryzyko poważnych powikłań ważna jest szybka diagnostyka, a rozpoznanie śluzaka wymaga leczenia kardiochirurgicznego, które istotnie poprawia rokowanie pacjentów [8, 9].

Przedstawiony przypadek jest przykładem nietypowego podłoża zatorowości oraz rzadkiej lokalizacji śluzaka. Ponadto potwierdza istotną rolę badań obrazowych w diagnostyce zmian rozrostowych w sercu oraz znaczenie współpracy specjalistów chorób serca w diagnostyce i leczeniu pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Finansowanie

Brak.

Piśmiennictwo

1. Ma G, Wang D, He Y, et al. Pulmonary embolism as the initial manifestation of right atrial myxoma. *Medicine*. 2019; 98(51): e18386, doi: [10.1097/md.00000000000018386](https://doi.org/10.1097/md.00000000000018386), indexed in Pubmed: [31861001](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31861001/).
2. Nomoto N, Tani T, Konda T, et al. Primary and metastatic cardiac tumors: echocardiographic diagnosis, treatment and prognosis in a 15-years single center study. *J Cardiothorac Surg*. 2017; 12(1): 103, doi: [10.1186/s13019-017-0672-7](https://doi.org/10.1186/s13019-017-0672-7), indexed in Pubmed: [29183343](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29183343/).
3. Thyagarajan B, Kumar MP, Patel S, et al. Extracardiac manifestations of atrial myxomas. *J Saudi Heart Assoc*. 2017; 29(1): 37–43, doi: [10.1016/j.jsha.2016.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jsha.2016.07.003), indexed in Pubmed: [28127217](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28127217/).
4. Agrawal R, Sharma A, Nath RK, et al. Massive right atrial myxoma presenting as congestive heart failure: an unusual presentation of a rare tumour. *BMJ Case Rep*. 2018; 2018, doi: [10.1136/bcr-2017-223903](https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223903), indexed in Pubmed: [29666089](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29666089/).
5. Woźakowska-Kapłon B, Sosnowska-Pasiarska B. Masywna skrzeplina prawego przedsionka i żyły głównej dolnej towarzysząca zakrzepicy żyły wrotnej u chorej z marskością wątroby. *Kardiol Pol*. 2009; 67: 415–419.
6. Xiao Zh, Hu J, Zhu Da, et al. Tricuspid valve obstruction and right heart failure due to a giant right atrial myxoma arising from the superior vena cava. *J Cardiothorac Surg*. 2013; 8: 200, doi: [10.1186/1749-8090-8-200](https://doi.org/10.1186/1749-8090-8-200), indexed in Pubmed: [24172033](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24172033/).
7. Rathor D, Jhahria N, Gupta VK. Atypical clinical presentation of right atrial myxoma: a case report. *Int Surg J*. 2017; 4(4): 1444–1446, doi: [10.18203/2349-2902.isj20171015](https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20171015).
8. Yin L, He D, Shen H, et al. Surgical treatment of cardiac tumors: a 5-year experience from a single cardiac center. *J Thorac Dis*. 2016; 8(5): 911–919, doi: [10.21037/jtd.2016.03.87](https://doi.org/10.21037/jtd.2016.03.87), indexed in Pubmed: [27162666](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27162666/).
9. Mkalaluh S, Szczechowicz M, Torabi S, et al. Surgical treatment of cardiac tumors: insights from an 18-year single-center analysis. *Med Sci Monit*. 2017; 23: 6201–6209, doi: [10.12659/msm.905451](https://doi.org/10.12659/msm.905451), indexed in Pubmed: [29289957](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29289957/).