

OPIS PRZYPADKU/CASE REPORT

Otrzymano/Submitted: 17.11.2009 • Poprawiono/Corrected: 28.11.2009 • Zaakceptowano/Accepted: 30.11.2009

© Akademia Medycyny

Śluzak lewego przedsionka u 58-letniej chorej z omdleniami w wywiadzie - opis przypadku***Left atrial myxoma in a 58-year-old woman with a history of syncope - a case report*****Andrzej Banyś¹, Bogdan Jegier³, Marek Maciejewski²,
Ryszard Jaszewski³**¹ Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej, I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi² Klinika Kardiologii, I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi³ Klinika Kardiochirurgii, I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi**Streszczenie**

Śluzak przedsionka jest najczęściej występującym łagodnym guzem serca o charakterze pierwotnym. Stanowi ok. 50% wszystkich łagodnych guzów serca. Na świecie występuje z częstością 0,5/1 mln/rok. Może być przyczyną wystąpienia zatorowości OUN, płucnej, obwodowej, zaburzeń rytmu serca, zamknięcia ujścia przedsionkowo-komorowego, nagłego zgonu.

Z tego powodu śluzak przedsionka serca wymaga wczesnego rozpoznania i leczenia operacyjnego. W artykule przedstawiono przypadek usunięcia operacyjnego śluzaka lewego przedsionka u 58-letniej kobiety z omdleniami w wywiadzie. *Anestezjologia i Ratownictwo 2009; 3: 412-415.*

Słowa kluczowe: guz serca, śluzak, omdlenia, leczenie operacyjne

Summary

Atrial myxoma is the most common benign primary heart tumor. It accounts for over 50% benign tumors of the heart. The incidence of myxomas is 0,5/1 mln/year worldwide.

Myxoma can result with as serious complications as cerebral, pulmonary and peripheral embolisms, arrhythmias, the atrio-ventricular orifice closure and sudden cardiac death. For these reasons the early diagnosis and subsequent surgical treatment are of most importance. We present a case report of surgical excision of left atrial myxoma in 58-year-old woman with a history of syncope. *Anestezjologia i Ratownictwo 2009; 3: 412-415.*

Keywords: heart tumor, myxoma, syncope, surgical management

Wprowadzenie

Pierwszy artykuł opisujący śluzaka przedsionka lewego serca został opublikowany przez Kinga w 1845 roku [1]. Do połowy lat 50. XX stulecia opisano kilkaset przypadków wykrycia tego nowotworu. Wszystkie

pochodziły z badań autopsyjnych, przeprowadzonych u zmarłych [2-4]. Pierwszy zakończony powodzeniem zabieg operacyjnego usunięcia śluzaka lewego serca wykonał Crafoord w 1954 roku [5].

Współczesne metody diagnostyki radiologicznej (USG, TK), a także możliwości biochemicznego i/lub

immunologicznego wykrywania guzów pierwotnych i wtórnych (przerzutowych) spowodowały zwiększenie skuteczności diagnostyki i leczenia guzów serca. Rozwój technik operacyjnych wykorzystujących możliwości krążenia pozaustrojowego, a także dynamiczny rozwój anestezjologii i intensywnej terapii znacznie poprawiły wyniki leczenia śluzaków serca [6].

Śmiertelność towarzysząca zabiegom operacyjnego usunięcia śluzaka lewego przedsionka wynosi od 0 do 3% [6].

Opis przypadku

58-letnia chora została przyjęta do Kliniki Kardiologii - celem postępowania diagnostyczno-lecniczego z powodu omdleń zdarzających się 2-6 razy w tygodniu. W badaniu echokardiograficznym serca (TTE i TEE), w lewym przedsionku stwierdzono obecność guza o wymiarach: 57/26/21 mm. W fazie rozkurczu guz przemieszczał się przez zastawkę mitralną do lewej komory serca. Szypuła guza, średnicy 12 mm, rozpoczynała się w okolicy zastawki otworu owalnego. Nie uwidoczniło cech uszkodzenia zastawki mitralnej, ani innych patologii wewnątrzsercowych. Frakcja wyrzutowa (EF) lewej komory wynosiła 53% (Ryciny: 1 i 2). W badaniu koronarograficznym nie stwierdzono krytycznych przewężeń w tętnicach wieńcowych. W segmencie środkowym lewej tętnicy międzykomorowej przedniej (LAD) stwierdzono mostek mięśniowy. Po konsultacji anestezjologiczno-kardiochirurgicznej chorą w trybie pilnym zakwalifikowano do leczenia operacyjnego guza serca.

Przebieg znieczulenia i zabiegu

Wyjściowe RR 120/80, rytm zatokowy miarowy (RZM) 75/m. Wprowadzenie do znieczulenia: fentanyl (FTN) 3,15 µg/kg, hypnomidat 0,21 mg/kg, pancuronium 0,06 mg/kg. Po intubacji dotchawiczej RR 125/80 mm Hg, RZM 80/m. Podtrzymanie znieczulenia: FTN we wlewie ciągłym 0,087 µg/kg/min, midanium 1,75 µg/kg/min, frakcjonowane dawki pancuronium, wentylacja mieszaniną oddechową O₂ 45% z powietrzem, od cięcia chirurgicznego do podłączenia krążenia pozaustrojowego sevofluran 2-0,5 vol%. Przebieg znieczulenia bez powikłań, z dobrą, akceptowaną, śródoperacyjną stabilizacją układu krążenia przed, w trakcie krążenia pozaustrojowego (ECC) a także po jego zakończeniu.

Podczas zabiegu kardiochirurgicznego usunięto nieotorbiony guz, wychodzący z zastawki otworu owalnego i wpuklający się do jamy LK serca (Rycina 3).

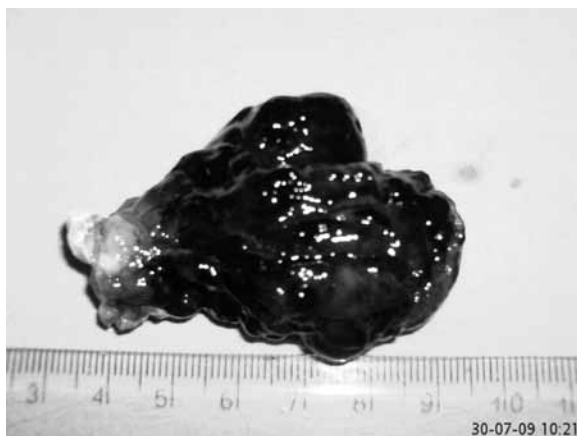
Wczesny okres pooperacyjny w Oddziale Intensywnej Terapii Kardiologicznej niepowikłany. Chora rozintubowana w 7 godzinie po zabiegu operacyjnym, wydolna oddechowo, stabilna krążeniowo, nie gorączkuje. Nie zaobserwowano epizodów utraty świadomości, zaburzeń rytmu ani cech niewydolności krążenia. Wypisana z OITK w 3 dobie po zabiegu. Rozpoznanie patomorfologiczne przekazanego do badania guza, potwierdziło wstępne rozpoznanie śluzaka serca (*Myxoma Cardinale*).



Rycina 1. Echokardiografia przezprzelikową, projekcja przelkowa, środkowa, 123°; śluzak lewego przedsionka wpuklający się w rozkurczu do lewej komory



Rycina 2. Echokardiografia przezprzelikową, projekcja przelkowa, środkowa, 65°; uwidoczniło szypułę śluzaka „wyrastającą” z zastawki otworu owalnego



Rycina 3. Usunięty operacyjnie śluzak lewego przedsionka serca

Podsumowanie

Uważa się, że śluzak to łagodny nowotwór serca, wywodzący się z niezróżnicowanych komórek mezenchymalnych stanowiących pozostałość życia płodowego, występujących najliczniej w lewym przedsionku serca w okolicach przegrody międzyprzedsionkowej i dołu owalnego (*fossa ovalis*) [7,8].

Rzadziej śluzak występuje w prawym przedsionku i prawej komorze serca. Traktowany jako pierwotny guz o charakterze łagodnym wykazuje niekiedy cechy „zezłościwienia”, dając przerzuty do aorty, tętnic obwodowych, mózgu [9-11].

Objawy kliniczne śluzaka zależą od lokalizacji guza, jego rozmiarów, ruchomości, cech patomorfologicznych i towarzyszących skrzeplin. Mogą być przyczyną wystąpienia zatorowości OUN, płucnej, obwodowej, zaburzeń rytmu serca, omdleń, zamknięcia ujścia przedsionkowo-komorowego, nagłego zgonu [6,12]. Zaburzenia rytmu serca pod postacią: różnego stopnia bloków przedsionkowo-komorowych (AV), nadkomorowych lub komorowych częstoskurczów, migotania komór mogą być powodem niestabilności hemodynamicznej lub prowadzić do nagłej śmierci sercowej. Z tych powodów śluzak przedsionka wymaga szybkiego rozpoznania i leczenia operacyjnego [6,13]. Niezwykle przydatne w procesie diagnostycznym są obrazowania echokardiograficzne [14], a także wprowadzone w 1987 roku oznaczanie poziomu interleukiny-6 [15]. Pierwszymi objawami śluzaka są te ogólnoustrojowe, przypominające czynny proces zapalny a więc wyższa temperatury, utrata masy ciała.

W badaniach notuje się podwyższone OB, zwiększony poziom interleukiny-6 (IL-6) [15-17], oraz podwyższenie poziomów białek ostrej fazy: CRP, fibrynogenu, osocznego amyloidu A-SAA [18]. Stężenie IL-6 w osoczu jest czułym wskaźnikiem procesu chorobowego; podwyższone stężenia tej cytokiny notuje się u ponad 80% chorych z lokalizacją śluzaka w lewym przedsionku lub komorze serca [16,17], a także wskaźnikiem skuteczności leczenia, ponieważ w większości przypadków po chirurgicznym usunięciu guza osoczwowe stężenie IL-6 wraca do normy [19].

Chirurgiczne wyłuszczenie śluzaka, możliwie w jak najszerszym zakresie, uzupełnione o resekcję fragmentów mięśnia serca (najczęściej przegrody międzyprzedsionkowej), jest postępowaniem z wyboru.

Uważa się, że wycięcie części przegrody z uzupełnieniem ubytku łata własną z osierdzia, materiałem biologicznym (homograft) lub syntetycznym (Gore-TexTH), oraz w niektórych przypadkach, dokładna elektrokoagulacja powierzchni przegrody w okolicy przyczepu śluzaka, zapobiega wznowie guza. Dokładnej śródoperacyjnej oceny wymaga zastawka mitralna. W przypadku dysfunkcji jej płatków spowodowanej naciekiem guza, niezbędne jest wykonanie plastyki lub wszczępienie protezy zastawkowej [13]. Niezwykle przydatna dla oceny doszczętności zabiegu wycięcia śluzaka, jak też oceny funkcji zastawki mitralnej, jest śródoperacyjna echokardiografia przezprzełykową.

Największe problemy podczas chirurgicznego usuwania śluzaka serca to: zapobieganie ewentualnej defragmentacji masy guza (powikłania zatorowe), oraz osiągnięcie możliwie największej „onkologicznej” radykalności tego zabiegu. Z powodu rozległości resekcji struktur serca i związanej z tym niestabilności hemodynamicznej, chorzy po operacjach usunięcia śluzaków, w okresie śród- i pooperacyjnym często wymagają podaży amin katecholowych, leków antyarytmicznych, lub czasowej stymulacji rozrusznikiem [6].

Adres do korespondencji:

Andrzej S. Banyś

Klinika Anestezjologii i Intensywnej

Terapii Kardiologicznej

I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii

USK Nr 3 im. Dr. S. Sterlinga

ul. Sterlinga 1/3; 91-425 Łódź

Tel.: (+48 42) 632 48 12

E-mail: andrzej.banys@umed.lodz.pl

Piśmiennictwo

1. King TW. On simple vascular growths in the left auricle of the heart. *Lancet* 1845;2:428-9.
2. Mahaim I. Les Tumeurs es les Polypes du Coeur: Etude Anatomo-Clinique. Paris : Masson et Cie; 1945.
3. Pritchard RW. Tumors of the heart: Rewiev of the subject and report of 150 cases. *Arch Pathol* 1951;51:98-128.
4. Straus R, Merliss R. Primary tumors of the heart. *Arch Pathol* 1954;39:74-8.
5. Crafoord C. Proceeding of the International Symposium on Cardiovascular Durgery, Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan, March 1955. Philadelphia: WB Saunders Co; 1955. p. 202-11.
6. Olivier WC Jr., Nuttall GA. Uncommon Cardiac Diseases. In: Kaplan JA. *Essentials of Cardiac Anesthesia*. Philadelphia: Saunders. Elsevier; 2008. p. 415-44.
7. Johanson L. Histogenesis of cardiac myxomas. *Arch Pathol Lab Med* 1989;113:735-41.
8. Farrell DJ, Bulmer E, Angus B, Ashcroft T. Immunohistochemical expression of endothelial markers in left atrial myxomas: a study of six cases. *Histopathology* 1996; 28:147-52.
9. Kotani K, Matsuzawa Y, Funahasi T, Nozaki S, Tarui S, Matsuda H, et al. Left atrial myxoma metastasizing to aorta, with Intraluminal Growth Causing Renovascular Hypertension. *Cardiology* 1991;78:72-7.
10. Diflo T, Cantelmo NL, Chaudenschild CC, Watkins MT. Atrial myxoma with remote metastasis: case report and review of the literature. *Surgery* 1992;111:352-6.
11. Kanda T, Sakamaki T, Murata K. A cardiac myxoma with interleukin-6 production and cerebral metastasis. *Int J Cardiol* 1994;45:144-6.
12. Amano J, Kono T, Wada Y, Zhang T, Koide N, Fujimori M, et al. Cardiac myxoma: Its origin and tumor characteristics. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2003;9:215-21.
13. Bakaeen FG, Reardon MJ, Coselli JS, Miller CC, Howell JF, Lawrie GM, et al. Surgical outcome in 85 patients with primary cardiac tumors. *Am J Surg* 2003;186:641-7.
14. Effert S, Domaning E. The diagnosis of atrial tumors and trombi by the ultrasound echo method. *Germ Med Montly* 1959;4:1-3.
15. Hirano T, Taga T, Yasukawa K, Nakajima K, Nakano N, Takatsuki F, et al. Human B-cell differentiation factor defined by an anti-peptide antibody production. *Proc Natl Acad Sci USA* 1987;84:228-31.
16. Kanda T, Umeyama S, Sasaki A, Nakazato Y, Morishita Y, Imai S, et al. Interleukin-6 and cardiac myxoma. *Am J Cardiol* 1994;74:965-7.
17. Soeperwata R, Poeml P, Schid Ch, Neuhof H, Scheld HH. Interleukin-6 plasma levels and tumor size in cardiac myxoma. *J Thor Card Surg* 1996;112:1675-7.
18. Jakóbisziak M (red.). *Immunologia*. Warszawa: PWN; 1998. p. 276-9.
19. Takahara H, Mori A, Tabata R, Watarida S, Onoe M, Okabe H. Left atrial myxoma with production of interleukin-6. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1992;40:326-9.