

Zawał serca spowodowany materiałem zatorowym jako pierwsza manifestacja śluzaka lewego przedsionka

Acute myocardial infarction due to coronary embolisation as the first manifestation of left atrial myxoma

Janusz Konstanty-Kalandy, Karol Wierzbicki, Krzysztof Bartuś, Jerzy Sadowski

Klinika Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, Szpital im. Jana Pawła II, Kraków

Abstract

This report describes a 52 year-old women with an inferior myocardial infarction due to a coronary artery embolus. Coronary angiography revealed occlusion of right coronary artery and echocardiographic findings showed a large left intraatrial tumour. The tumour was removed surgically and pathological findings confirmed the diagnosis of myxoma. Aetiology of the occlusion was closely related to the left atrial tumour. Myocardial infarction was the first manifestation of left atrial myxoma.

Key words: myocardial infarction, myxoma

Kardiologia Pol 2013; 71, 4: 403–405

WSTĘP

Śluzak, łagodny guz serca, najczęściej jest rozpoznawany u kobiet w wieku 30–70 lat [1]; 80% śluzaków lokalizuje się w lewym przedsionku [2]. Niewydolność lewej komory, wynikająca z zaburzeń w przepływie krwi, jest najczęstszym objawem klinicznym obecności śluzaka. Inne objawy mogą się pojawić w wyniku wystąpienia mikrozatorów, uwolnienia się fragmentów śluzaka do krwioobiegu, krwawienia i reakcji immunologicznej.

Zatory systemowe materiałem pochodzącym ze śluzaka występują w ok. 30% przypadków [1]. Zawał serca w wyniku zatoru naczynia wieńcowego materiałem pochodzącym z guza jest bardzo rzadkim powikłaniem [3], a jego częstotliwość oceniana jest na mniej niż 1% [4]. Wynika to z anatomicznego umiejscowienia ujść wieńcowych i z faktu, że podczas skurczu komory płatków zastawki aortalnej zakrywają ujścia naczyń wieńcowych [5].

Najszybszą a zarazem powszechnie dostępną metodą diagnostyczną wykrywania guzów lewego przedsionka jest badanie echokardiograficzne. Pozwala ono na określenie wielkości i lokalizacji guza oraz jego budowy i konsystencji. Badanie koronarograficzne jest wskazane w przypadku obecności dolegliwości wieńcowych.

OPIS PRZYPADKU

Kobietę w wieku 52 lat przyjęto do szpitala z powodu ostrego zawału ściany dolnej. Przy przyjęciu ciśnienie wynosiło 120/80 mm Hg, a rytm serca — 75/min. W EKG zaobserwowano rytm zatokowy miarowy i uniesienie odcinka S-T w odprowadzeniach III i aVF. W badaniach laboratoryjnych troponina I wyniosła 4,0 ng/ml, a CK-MB 40 j./l. Przy przyjęciu pacjentka nie podawała dolegliwości bólowych. Kobieta leczyla się z powodu nadciśnienia, a 3 lata wcześniej wystąpił u niej udar niedokrwienny mózgu (obecnie bez zmian neurologicznych w badaniu przedmiotowym). Na podstawie koronarografii wykazano całkowite zamknięcie dystalnego odcinka prawej tętnicy wieńcowej; w pozostałych naczyniach wieńcowych nie stwierdzono zwężeń (ryc. 1A). W badaniu echokardiograficznym, wykonanym zaraz po przyjęciu do szpitala, zanotowano obecność dużego guza w lewym przedsionku (ryc. 1B). Duża część guza podczas pracy serca wpadała do lewej komory, co przy tak dużej jego ruchomości mogło stanowić przyczynę zatorów.

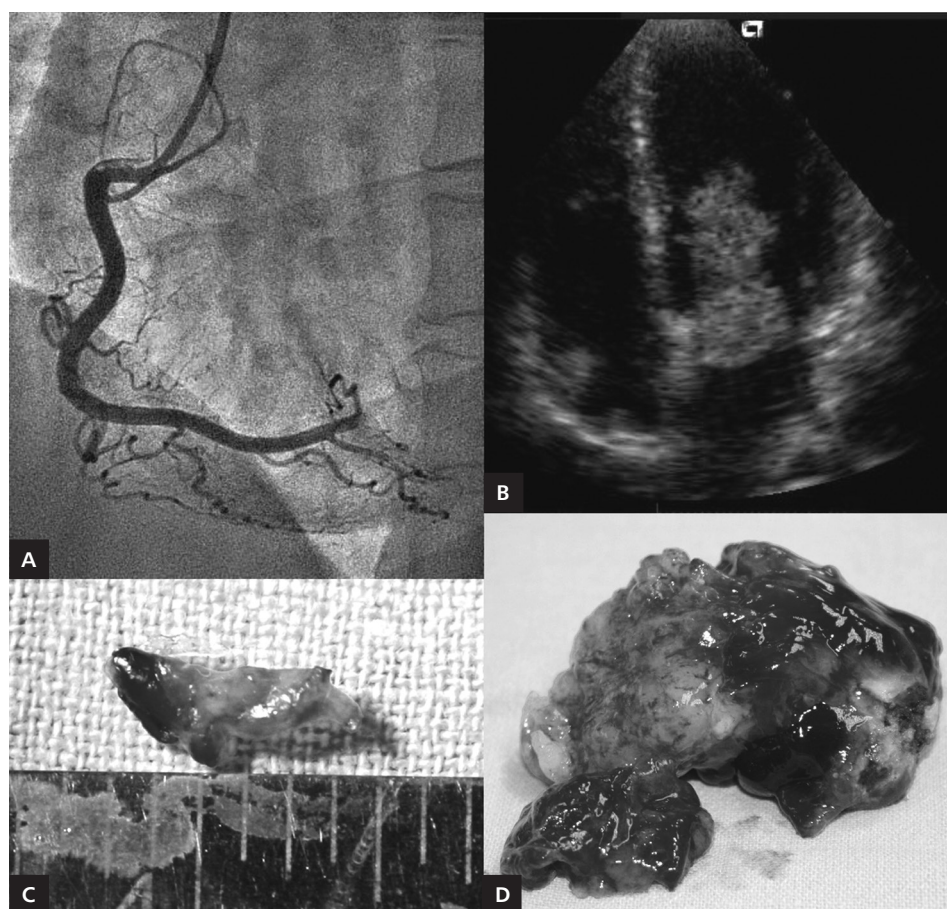
Pacjentka została przeniesiona na oddział kardiochirurgiczny w celu wykonania zabiegu operacyjnego w trybie natychmiastowym. Operację przeprowadzono z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego i kardioplegii krystalicznej

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Janusz Konstanty-Kalandy, Klinika Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, Szpital im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31–202 Kraków, e-mail: jakonstanty@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła: 27.11.2011 r. Zaakceptowana do druku: 13.02.2012 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 1. **A.** Obraz koronarograficzny — zamknięcie dystalnego odcinka prawej tętnicy wieńcowej; **B.** Obraz z badania echokardiograficznego wykonanego przy przyjęciu; **C.** Materiał zatorowy usunięty z prawej tętnicy wieńcowej; **D.** Guz usunięty z lewego przedsionka

wg St. Thomas Hospital. Śródoperacyjnie lewy przedsionek został otwarty, a guz usunięty w całości i przekazany do badania histopatologicznego. Guz o owalnym kształcie miał wymiary 55×55 mm i galaretowatą konsystencję (ryc. 1D). Nie stwierdzono innych zmian w pozostałych komorach serca, a zastawka mitralna wyglądała prawidłowo. Następnie nacięto prawą tętnicę wieńcową i usunięto materiał zatorowy (ryc. 1C) oraz wykonano żylny pomost aortalno-wieńcowy do prawej tętnicy wieńcowej. Badanie histopatologiczne guza usuniętego z lewego przedsionka i materiału zatorowego z prawej tętnicy wieńcowej potwierdziło rozpoznanie śluzaka. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym nie zaobserwowano fali zwrotnej na zastawce mitralnej. Po operacji chora przebywała 3 dni na oddziale intensywnej terapii. Pobyt na oddziale pooperacyjnym przebiegł bez powikłań i pacjentka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości po 8 dniach pobytu.

OMÓWIENIE

Przedstawiony przypadek obrazuje rzadkie powikłanie, jakim jest wystąpienie zawału serca powstałego w wyniku zatoru po-

chodzącego ze śluzaka lewego przedsionka. Bardzo istotnym elementem w diagnostyce opisanej pacjentki było natychmiastowe wykonanie badania echokardiograficznego, które wykazało obecność guza w lewym przedsionku. Decyzję tę podjęto na podstawie wywiadu zebranego przy przyjęciu chorej do szpitala, który wykazał występowanie śluzaka w rodzinie pacjentki. Zawsze w takim przypadku, kiedy mamy do czynienia z młodym chorym, a badanie koronarograficzne wykaże zamknięcie tętnicy wieńcowej, bez zmian miażdżycowych w pozostałych naczyniach wieńcowych, trzeba dokładnie zbierać wywiad w celu ustalenia pochodzenia materiału zatorowego. W przypadku podejrzenia współistnienia guza w jamach serca należy niezwłocznie wykonać badanie echokardiograficzne. Standardowe przezklatkowe badanie echokardiograficzne powinno być przeprowadzane u wszystkich osób z rozpoznaniem zawału serca, co pozwoli ocenić czynność skurczową lewej komory, funkcjonowanie zastawek serca, szczególnie zastawki mitralnej, oraz umożliwi zdiagnozowanie innych anomalii w obrębie serca (np. guza serca).

Podczas operacji kardiochirurgicznej trzeba zwrócić uwagę na ostrożną i delikatną manipulację w okolicy lewego

przedsionka. Zapobiegnie to uszkodzeniu guza i uwolnieniu fragmentów śluzaka, które mogą się stać kolejnym materiałem zatorowym. Usunięcie śluzaka w całości i dokładna kontrola miejsca jego przyczepu pozwoli zapobiec kolejnej miejscowej wznowie guza. Istotne jest, aby skontrolować cały lewy przedsionek w celu uniknięcia pozostawienia fragmentów śluzaka, które mogłyby w przyszłości stać się również materiałem zatorowym.

Ponieważ doszło do zatoru naczynia wieńcowego należy rozważyć wykonanie pomostu aortalno-wieńcowego dystalnie od miejsca zamknięcia. W opisanym przypadku dodatkowo usunięto materiał zatorowy z naczynia i wykonano badanie histopatologiczne, które wykazało budowę typową dla śluzaka. Potwierdziło to jednoznacznie pochodzenie materiału zatorowego.

PODSUMOWANIE

Decyzje o operacji podejmuje się na podstawie lokalizacji, wielkości i ruchomości guza. Ponadto należy uwzględnić stan ogólny pacjenta, choroby towarzyszące i dodatkowe czynniki ryzyka. Całkowite usunięcie guza jest metodą z wyboru. Wyniki operacyjne są bardzo dobre, a objawy ustępują po usunięciu śluzaka. Po prawidłowym i dokładnym usunięciu guza nie dochodzi w przyszłości do ponownego powstania

śluzaka. U pacjentów, u których doszło do zatoru tętnicy wieńcowej materiałem pochodzącym z guza, wykonanie pomostów aortalno-wieńcowych może się okazać konieczne [6].

Śluzak lewego przedsionka jest rzadkim schorzeniem, a objawy, takie jak zaburzenia rytmu, duszność czy epizody zatorowe, są bardzo niespecyficzne. Obecność śluzaka lewego przedsionka powinno się uwzględniać szczególnie u młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca, zwłaszcza gdy w rodzinie występowały przypadki śluzaka.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Van Trigt P, Sabiston D. Tumors of the heart. In: Sabiston D, Spencer F eds. Surgery of the chest. Saunders, Philadelphia 1990: 1901–1919.
2. Tazelaar H, Locke T, McGregor C. Pathology of surgically excised primary cardiac tumors. Mayo Clin Proc, 1992;67: 957–965.
3. Sankar M, Vaidyanathan R, Prasad G et al. Left atrial myxoma presenting as acute inferior wall infarction: a case report. J Card Surg, 2006; 21: 475–495.
4. Lehrman K, Prozan G, Ulliyot D. Atrial myxoma presenting as acute myocardial infarction. Am Heart J, 1985; 110: 1293–1295.
5. Panos A, Kalangos A, Sztajzel J. Left atrial myxoma presenting with myocardial infarction. Case report and review of the literature. Int J Cardiol, 1997; 62: 73–75.
6. Demir M, Akpınar O, Acarturk E. Atrial myxoma. An unusual cause of myocardial infarction. Texas Heart J, 2005; 32: 445–447.