

BRZO PROGREDIRAJUĆA DISPNEJA: RAZMIŠLJAMO LI O TUMORIMA SRCA?

RAPID PROGRESSIVE DYSPNEA: DO WE CONSIDER CARDIAC TUMOURS?

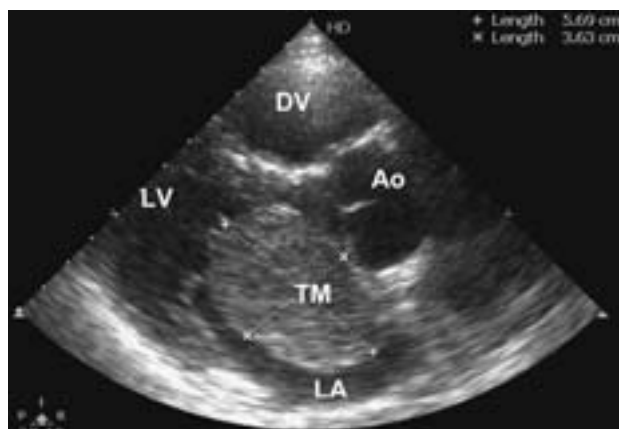
Poštovani gospodine glavni uredniče,

Incidencija primarnih tumora srca iznosi od 0,002% do 0,33%, a 75–80% od tog broja čine miksom. ^{1,2} Široka primjena ehokardiografije rezultirala je češćim pronalaženjem srčanih tumora u asimptomatskoj fazi, kao i značajnim skraćivanjem vremena od pojave simptoma do postavljanja konačne dijagnoze, koje je s nekadašnjih 5–12 mjeseci tijekom posljednjih desetak godina smanjeno na oko 3 mjeseca. ^{1,2} Ipak, naša se iskustva razlikuju od prethodnog navoda.

45-godišnji pomorac hospitaliziran je na kardiološkom odjelu radi prijeoperativne obrade, nakon što mu je ambulantnim ehokardiografskim pregledom dijagnosticiran tumor srca. Tijekom posljednjih 10-ak mjeseci bolesnik je primjećivao sve slabije podnošenje tjelesnih aktivnosti. U početku je nedostatak zraka osjećao samo prilikom hoda uz

uspon, a tijekom 2–3 mjeseca prije hospitalizacije već prilikom bržeg hoda po ravnome. Posljednjih mjeseci spavao je s povišenim uzglavljem, no unatoč tomu se gotovo svake noći budio zbog kašlja praćenog sukrvavim iskašljajem. Od prvih simptoma do ehokardiografske dijagnoze izvršio je 3 liječnička pregleda, posljednji 30-ak dana prije hospitalizacije u inozemnoj klinici, u gradu u kojem se zatekao tijekom jedne od plovidba. Nakon normalnih nalaza elektrokardiograma, »rutinskih« hematoloških i biokemijskih parametara, rendgenograma torakalnih organa i bronhoskopije savjetovan mu je kardiološki pregled. Do navedenih tegoba bio je potpuno zdrav, bez standardnih čimbenika kardiovaskularnog rizika.

Prilikom pregleda bolesnik je bio orijentiran, normalne osteomuskularne građe i uhranjenosti, eupnoičan, afebrilan, normalno kolorirane kože, bez periferne limfadenopatije.



Slika 1. Ehokardiogram u parasternalnoj dugoj osi: tumor na peteljci (TM) iz lijevog atrija (LA) u diastoli protrudira kroz mitralno ušće u lijevi ventrikul (LV); površina mitralnog ušća procijenjena je na 0,8 cm².

Ao – aorta, DV – desni ventrikul

Figure 1. Parasternal long-axis echocardiogram: a left atrial (LA) tumor (TM) with a stalk extend through the mitral valve into the left ventricle (LV) on diastole; mitral valve area was estimated on 0.8 cm². Ao – aorta; DV – right ventricle



Slika 2. Postoperativno, ehokardiogram u parasternalnoj dugoj osi prikazuje prazan lijevi atrij (LA) i normalnu morfologiju mitralnog ušća. LV – lijevi ventrikul; DV – desni ventrikul; Ao – aorta

Figure 2. Postoperative, parasternal long-axis echocardiogram shows the empty left atrium (LA) and normal mitral valve morphology. LV – left ventricle; DV – right ventricle; Ao – aorta

Vene vrata bile su normalno punjene, a karotidne arterije očuvanih pulzacija bez stenotičnih šumova. Nad plućima je zabilježen normalan šum disanja. Akcija srca bila je pravilna, frekvencije oko 50/min, tonovi oslabljena intenziteta, a nad iktusom – napose u lijevome dekubitalnom položaju – bio je čujan fenomen tumorskog plopa te tihi (1–2/6) protosistolčki šum. Vrijednosti arterijskog tlaka (120/70 mmHg), klinički status trbuha i udova bili su bez patoloških odstupanja. Elektrokardiografski je potvrđen sinusni ritam frekvencije 48/min, fiziološka električna os, inkompletan blok desne grane Hisova snopa. Hematološki i biokemijski parametri bili su u referentnim rasponima.

Transtorakalnom ehokardiografijom (TTE) u lijevom atriju prikazan je jasno ograničen, mobilan tumor dimenzija 57x36 mm, koji je peteljkom bio pričvršćen za interatrijski septum u području fose ovalis. Ehokardiografske karakteristike tumora su s velikom vjerojatnošću upućivale na miksom. Tumor je u sistoli gotovo u cijelosti ispunjavao lijevi

atrij, a u diastoli je prolabirao u lijevi ventrikul uzrokujući hemodinamski značajnu opstrukciju mitralnog ušća – area je procijenjena na 0,8 cm², što je ekvivalent kritične mitralne stenozе (sl. 1). Nije zabilježena pulmonalna i/ili trikuspidalna regurgitacija, niti skraćenje akceleracijskog vremena na pulmonalnoj valvuli, što je unatoč simptomima govorilo protiv značajnog povišenja tlakova u plućnom krvotoku. Ostali ehokardiografski pokazatelji bili su u referentnim rasponima. Isti je nalaz potvrđen i transezofagealnom ehokardiografijom (TEE). Kirurškim zahvatom tumor je odstranjen u cijelosti. Patohistološki je potvrđen miksom. Postoperativni oporavak protekao je bez komplikacija pa je bolesnik 10. postoperativnog dana otpušten s kardiokirurškog odjela. Mjesec dana nakon otpusta ehokardiografskim pregledom nisu zabilježena patološka odstupanja (sl. 2).

Gotovo 75% miksuma srca nalazi se u lijevom atriju pričvršćeno peteljkom za interatrijski septum u području fossae ovalis.^{2,3} Ipak, miksumi se mogu naći i u drugim šuplinama srca (desni atrij 18%; desna klijetka 4%; lijeva klijetka 4%) ili na bilo kojem od zalistaka srca. U pravilu se otkrivaju u dobi od 30 do 60 godina, pretežno u žena, najčešće kao sporadični oblici, a u tek nešto manje od 10% slučajeva opažena je obiteljska pojavnost.² U trenutku postavljanja dijagnoze većina bolesnika s miksomom srca ima jedan ili nekoliko simptoma iz klasične trijade koju čine konstitucijski simptomi, sistemne ili plućne embolije i opstrukcija srčanih ušća. Nerijetko je prvi znak miksuma nagla smrt.²

Prosječna brzina rasta miksuma procjenjuje se na 0,24–1,6 cm na godinu.² Miksumi lijevog atrija uzrokuju simptome kad dosegnu veličinu od oko 7 cm, dok su simptomatski miksumi desnog atrija najčešće i do 2 puta veći. Na vrijeme pojave simptoma, napose na opstrukciju srčanih ušća, osim veličine značajno utječe duljina peteljke i konzistencija tumora. Dulja peteljka i mekša konzistencija omogućuju dublje prodiranje tumora kroz srčano ušće, stoga i raniju pojavu opstrukcije.^{2,4}

Za postavljanje dijagnoze tumora srca najčešće je dostatna TTE. TEE, pak, omogućuje jasniji prikaz manjih tumora (1–3 mm u promjeru), točniji prikaz hvatišta peteljke tumora za stijenku srčane šupljine, precizniju karakterizaciju njihove veličine, oblika i odnosa s ostalim strukturama srca, kao i razlikovanje tumorskih od drugih intrakavitarnih tvorbi.^{3,5,6} Prednost TEE je osobito izražena u bolesnika s lošijim TTE prikazom (primjerice u adipoznih bolesnika i/ili u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti).^{3,5,6} Specifičan ehokardiografski nalaz (oblik, smještaj, mobilnost, hvatište peteljke tumora), uz karakteristične kliničke i laboratorijske pokazatelje, s visokom pouzdanošću upućuje na dijagnozu miksuma.² Unatoč navedenom, nerijetko su moguće zabune zbog kojih se definitivna dijagnoza intrakavitarnih tvorbi postavlja tek na temelju rezultata patohistološke obrade.⁵

Jedino liječenje miksuma je kirurški zahvat kojim se prevencira opstrukcija srčanog ušća, uklanjanje mogućnost emboliziranja u sistemni ili plućni krvotok, uspostavljanje normalni hemodinamski odnosi i postiže potpuno izlječenje.^{1,2,4} Iz navedenih razloga od osobitog je značenja pravodobno postavljanje dijagnoze.

Unatoč dojmu da su simptomi tumora srca općepoznati, prikazani slučaj i naša ranija iskustva^{5,6} upućuju na značajno vrijeme od početka simptoma do konačne dijagnoze. Osobito je indikativno da je bolesnik tijekom 10-mjesečnoga simptomatskog perioda izvršio nekoliko liječničkih pregleda pri kojima nije opažen auskultacijski nalaz tumorskog plopa te da je, unatoč tipičnim kardiološkim simptomima, najprije podvrgnut pulmolološkoj obradi. Ovim prikazom že-

limo podsjetiti da je u diferencijalnoj dijagnostici brzo progredirajuće dispneje, napose u mlađih osoba bez čimbenika kardiovaskularnog rizika i anamnestičkih podataka koji bi upućivali na moguću valvularnu grešku (primjerice, preboljela reumatska vrućica), potrebno razmatrati i opstrukciju srčanih ušća intrakavitarnim tumorom.

Damir Fabijanić

Kardiološki odjel Firule, KBC Split, Split

Igor Rudež

Kardiokirurški odjel, KB Dubrava, Zagreb

Gradimir Čolić

Privatna internistička ordinacija, Metković

L I T E R A T U R A

1. *Shapiro LM.* Cardiac tumours: diagnosis and management. *Heart* 2001; 85:218–22.
2. *Reynen K.* Cardiac myxomas. *N Engl J Med* 1995;333:1610–17.
3. *Otto MC.* Cardiac masses and potential cardiac source of embolus. U: *Otto CM, urednik. Textbook of clinical echocardiography*, 3. izdanje. Philadelphia: Saunders; 2004, str. 407–29.
4. *Fabijanić D, Rudež I, Kardum D i sur.* Pulmonary embolism due to the right atrial myxoma. *Coll Antropol* 2006;30:933–6.
5. *Rudež I, Fabijanić D, Radić M i sur.* Massive subacute pulmonary embolism due to the right atrial thrombus initially diagnosed as myxoma. *Circ J* (u tisku).
6. *Fabijanić D, Giunio L, Vujičić M i sur.* Right atrial pacemaker lead thrombosis incidentally detected by transesophageal echocardiography. *Coll Antropol* 2005;29:161–3.