

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

Ευμεγέθης Μάζα με Ελεύθερη Κίνηση Εντός του Αριστερού Κόλπου σε Ασθενή με Κολπική Μαρμαρυγή

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ Θ. ΚΑΚΚΑΒΑΣ¹, ΜΙΧΑΗΛ Κ. ΦΩΣΤΕΡΗΣ¹, ΠΑΥΛΟΣ Ν. ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ¹, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Κ. ΠΑΣΧΑΛΗΣ¹, ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ Ν. ΔΑΜΕΛΟΥ², ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Γ. ΤΡΙΚΑΣ¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ελπίς», Αθήνα, ²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Λέξεις ευρετηρίου:
Θρόμβος, μύξωμα,
κολπική μαρμαρυγή.

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
2 Νοεμβρίου 2010
Ημερ. αποδοχής:
3 Φεβρουαρίου 2011

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Απόστολος Θ.
Κακκάβας

Καροαλή &
Δημητρίου 22,
152 36 Νέα Πεντέλη
e-mail: [akakkavas@
yahoo.gr](mailto:akakkavas@yahoo.gr)

Ευμεγέθεις ενδοκαρδιακές μάζες ανευρίσκονται σπάνια, αλλά συνοδεύονται με εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο αιμοδυναμικών και εμβολικών επιπλοκών. Η επείγουσα χειρουργική εξαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής, ενώ η ιστολογική εξέταση αποκαλύπτει την ακριβή φύση της μάζας, που συνηθέστερα είναι ένα καρδιακό μύξωμα ή ένας ενδοκαρδιακός θρόμβος. Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς 80 ετών, με ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, που εισήχθη στο Νοσοκομείο μας λόγω σοβαρής έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης και εμπυρέτου. Στον αρχικό διαγνωστικό έλεγχο ανευρέθη ένα εκτεταμένο έμφρακτο εγκεφάλου και στοιχεία ουρολοίμωξης. Κατά τη διάρκεια της διαθωρακικής υπερηχοκαρδιογραφικής μελέτης διεγνώσθη μια εξαιρετικά ευμεγέθης μάζα, η οποία είχε ελεύθερη κίνηση εντός του αριστερού κόλπου, προκαλώντας παροδική απόφραξη του στομίου της μιτροειδούς βαλβίδας. Με βάση τα χαρακτηριστικά της μάζας και το ιστορικό της ασθενούς, θεωρήθηκε ότι πιθανόν επρόκειτο για ενδοκαρδιακό θρόμβο, παρά νεοπλασματικό όγκο. Λόγω της εξαιρετικά δυσμενούς νευρολογικής κατάστασης της ασθενούς δεν έγινε άμεση καρδιοχειρουργική επέμβαση, και η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αγωγή με μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη. Δυστυχώς, η ασθενής απεβίωσε μετά από διάστημα λίγων ωρών λόγω καρδιακής ανακοπής.

Μια εξαιρετικά ευμεγέθης μάζα, με ελεύθερη κίνηση εντός μιας καρδιακής κοιλότητας, είναι ένα σπάνιο εύρημα, με υψηλό κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, συγκοπτικά ή εμβολικά επεισόδια, αλλά ενδέχεται να είναι ασυμπτωματικοί ή να παρουσιάσουν άτυπα ενοχλήματα. Τα καρδιακά μύξωματα και οι ενδοκαρδιακοί θρόμβοι είναι οι συχνότερες νοσολογικές οντότητες, στις περιπτώσεις τέτοιων μορφωμάτων σφαιρικού σχήματος εντός του αριστερού κόλπου. Η στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας και η κολπική μαρμαρυγή είναι οι συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη δημιουργία θρόμβου εντός του αριστερού κόλπου, ει-

δικά σε ασθενείς που δε λαμβάνουν κατάλληλη αντιπηκτική αγωγή.

Παρουσίαση περιστατικού

Μια γυναίκα 80 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας, λόγω εμπυρέτου (έως 39,5° C), σοβαρής έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης και άρνησης λήψης τροφής τις τελευταίες ημέρες. Είχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), γνωστής από έτους και ήταν σε αγωγή με νιφεδιπίνη, μετοπρολόλη και διγοξίνη, ενώ δεν ελάμβανε αντιπηκτική θεραπεία.

Κατά την κλινική εξέταση, η ασθενής παρουσίαζε σοβαρά επηρεασμένο επίπε-

δο συνείδησης, χαμηλή συστολική αρτηριακή πίεση (≈ 60 mmHg), ταχυκαρδία (≈ 110 παλμοί/min), ταχύπνοια (≈ 30 αναπνοές/min), υποξαιμία ($\text{SatO}_2 \approx 80\%$) και πυρετό (39°C). Οι καρδιακοί τόνοι ήταν άρρυθμοι, ενώ υπήρχαν μη μουσικοί ρόγχοι στα βασικά και μέσα πνευμονικά πεδία αμφοτερόπλευρα. Δεν υπήρχε διάταση των φλεβών του τραχήλου ή οίδημα σφυρών, ενώ η ασθενής εμφάνιζε θετικό πελματιαίο αντανακλαστικό (σημείο Babinski) δεξιά.

Χορηγήθηκαν άμεσα εισπνεόμενο O_2 μέσω μάσκας Venturi, ινότεροπα φάρμακα και κρυσταλλοειδή διαλύματα ενδοφλεβίως, με βελτίωση των αιμοδυναμικών και αναπνευστικών παραμέτρων της ασθενούς.

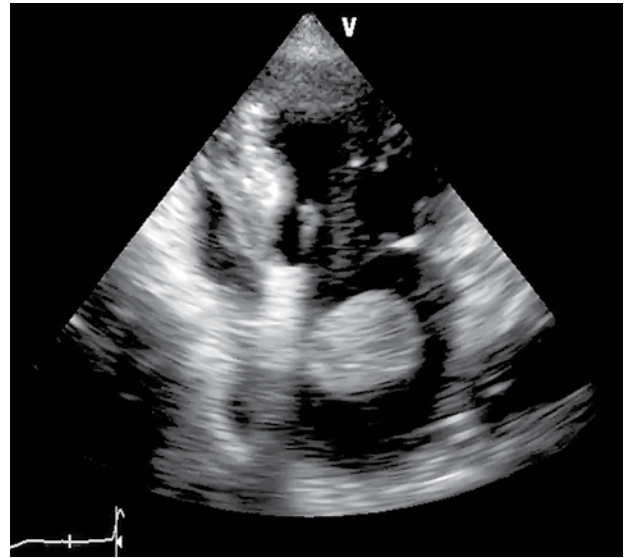
Οι αιματολογικές εξετάσεις έδειξαν λευκοκυττάρωση ($\text{WBC} = 16400/\mu\text{l}$), επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (ουρία = 178 mg/dl , κρεατινίνη = $2,1 \text{ mg/dl}$), υπερκαλιαιμία ($6,9 \text{ meq/l}$), αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών ($\text{ALT}: 83 \text{ IU/L}$, $\text{AST}: 104 \text{ IU/L}$), διγοξίνης ($3,99 \text{ ng/ml}$) και τροπονίνης-I ($8,059 \text{ ng/ml}$), ενώ με τη γενική ούρων διεγνώσθη λοίμωξη του ουροποιητικού.

Τα ευρήματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος ήταν κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση ($\approx 120 \text{ bpm}$), υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και ήπιες διαταραχές αναπόλωσης, συμβατές με λήψη δακτυλίδας. Στην ακτινογραφία θώρακα ο καρδιοθωρακικός δείκτης ήταν αυξημένος, χωρίς σημεία πνευμονικής συμφόρησης. Η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου στην οποία ανευρέθη ένα εκτεταμένο έμφρακτο στη βρεγματική χώρα του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου.

Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (TTE) έδειξε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας με φυσιολογική συστολική λειτουργία (κλάσμα εξώθησης $\approx 55\%$), μέτρια διάταση της ανιούσας αορτής και σημαντική διάταση του αριστερού κόλπου (LA), με μια γιγάντια μάζα, δίκην μπάλας εντός αυτού (Εικόνα 1). Δεν υπήρχε εμφανής πρόσφυση της μάζας στο ενδοκάρδιο και η κίνησή της ήταν ελεύθερη εντός του αριστερού κόλπου (δίκην μπάλας του πιγκ-πονγκ), προκαλώντας παροδική απόφραξη του στομίου της μιτροειδούς βαλβίδας (Εικόνα 2).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν:

1. την παρουσία χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, χωρίς λήψη αντιπηκτικής αγωγής,
2. το γεγονός ότι δεν είχε περιγραφεί το συγκεκριμένο μόρφωμα σε παλαιότερες υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες της ασθενούς και
3. την ελεύθερη κίνηση της μάζας, χωρίς πρόσφυση στο μεσοκολπικό διάφραγμα, όπως συμβαίνει συνήθως στα καρδιακά μυξώματα,



Εικόνα 1. Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, κορυφαία τομή τεσσάρων κοιλιοτήτων. Μεγάλη ενδοκαρδιακή μάζα, κινούμενη ελεύθερα εντός του αριστερού κόλπου.

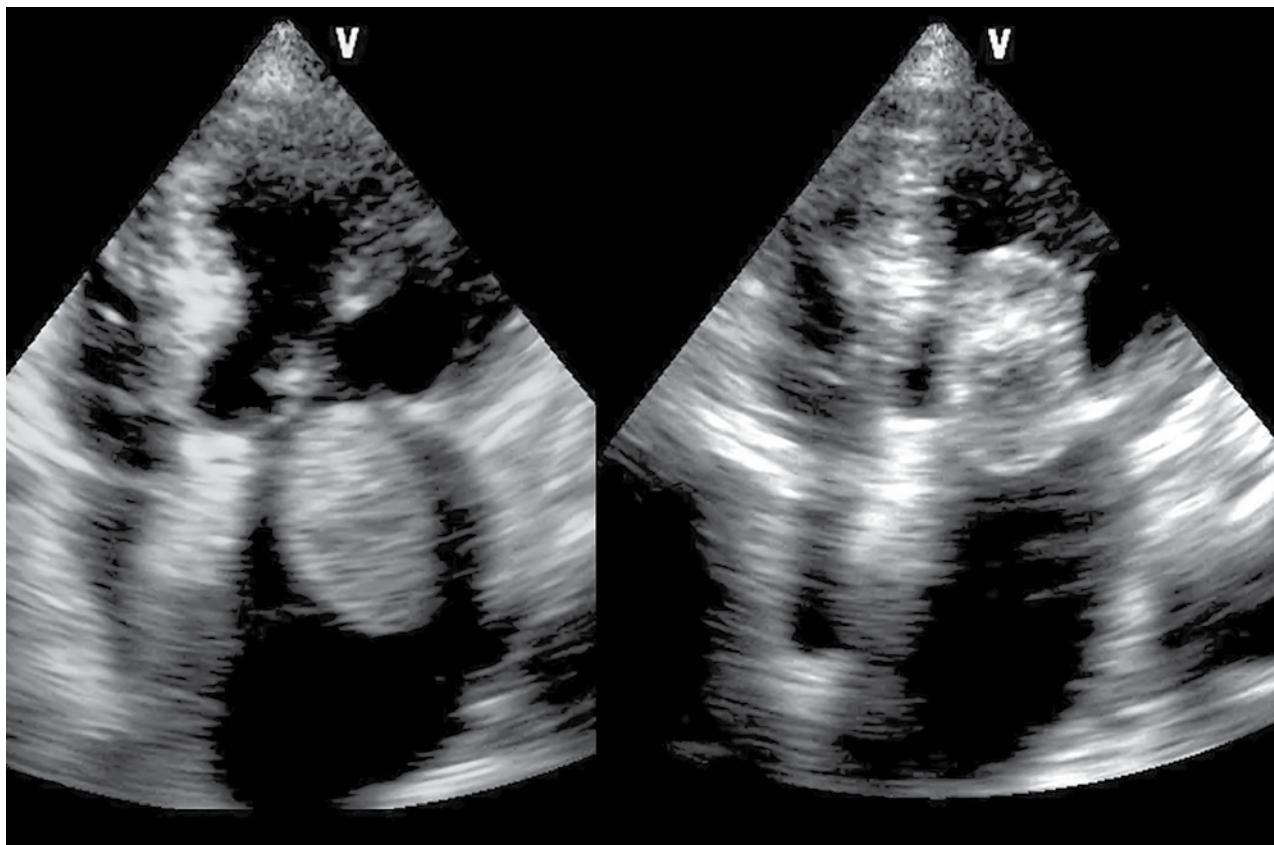
θεωρήθηκε ότι μάλλον επρόκειτο περί ενδοκαρδιακού θρόμβου, παρά καρδιακού όγκου.

Λόγω της εξαιρετικά δυσμενούς νευρολογικής κατάστασης της ασθενούς, και κατόπιν καρδιοχειρουργικής εκτίμησης, αποφασίστηκε να μην γίνει άμεση χειρουργική αντιμετώπιση, και η ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή με μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη στάγδην ενδοφλεβίως. Δυστυχώς, την επόμενη μέρα, η ασθενής απεβίωσε λόγω καρδιοαναπνευστικής ανακοπής.

Συζήτηση

Μια γιγάντια ενδοκαρδιακή μάζα είναι ένα σπάνιο εύρημα και καθώς ο ασθενής μπορεί να μην εμφανίσει σοβαρά ή ειδικά συμπτώματα και σημεία,¹ η διάγνωση μπορεί να γίνει σε τυχαίο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο. Μια τέτοια μάζα μπορεί να είναι ένας καρδιακός όγκος (συχνότερα ένα μύξωμα),^{2,3} ένας θρόμβος,⁴ μια εκβλάστηση⁵ ή άλλες σπανιότερες νοσολογικές οντότητες (π.χ. ενδοκαρδιακή κύστη).

Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (TTE) είναι συνήθως η αρχική απεικονιστική εξέταση στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής, αλλά και το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα (TEE) είναι εξαιρετικά χρήσιμο στην εκτίμηση των ενδοκαρδιακών μορφωμάτων. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς προσφέρουν σημαντικές, πρόσθετες πληροφορίες στη διάγνωση και εκτίμηση της ιστολογικής φύσης των ενδοκαρδιακών μαζών. Παρ' όλα



Εικόνα 2. Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, κορυφαία τομή τεσσάρων κοιλοτήτων. Η γιγάντια ενδοκαρδιακή μάζα προκαλεί παροδική απόφραξη της μιτροειδούς βαλβίδας.

αυτά, η διαφορική διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη, πριν τη χειρουργική εξαίρεση και τη βιοψία του μορφώματος.⁶ Επιπλέον, ένας θρόμβος είναι δυνατόν να σχηματισθεί επί ενός ενδοκαρδιακού όγκου ή μιας εκβλάστησης.

Μια σφαιρική μάζα κινούμενη ελεύθερα εντός μιας καρδιακής κοιλότητας εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τον ασθενή, λόγω:

- A. πιθανών εγκεφαλικών ή περιφερικών εμβολικών επεισοδίων
- B. συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας, λόγω διαταραχής της πλήρωσης της αριστερής κοιλίας ή ανεπάρκειας μιτροειδούς, εάν παρεμποδίζεται η σύγκλιση των μιτροειδικών γλωχίνων
- Γ. συγκοπτικών επεισοδίων, λόγω απόφραξης του στομίου της μιτροειδούς βαλβίδας.

Τα μυξώματα είναι οι συχνότεροι πρωτοπαθείς καρδιακοί όγκοι, με την πλειοψηφία αυτών να είναι μονήρεις και να εντοπίζονται στον αριστερό κόλπο. Συνήθως, προσφύονται στο μεσοκολπικό διάφραγμα στην περιοχή του ωοειδούς τρήματος. Οι άτυπες εντοπίσεις και τα πολλαπλά μυξώματα είναι συχνό-

τερα σε περιπτώσεις οικογενών μυξωμάτων και σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να ελέγχεται η πιθανότητα κακοήθειας. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα μπορεί να φαίνονται υποηχογενείς και υπερηχογενείς εστίες, που αντιπροσωπεύουν περιοχές αιμορραγίας και αποτιτάνωσης αντίστοιχα. Η ενδεικνυόμενη θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση, με συνήθη προσπέλαση μέσω του δεξιού κόλπου και του μεσοκολπικού διαφράγματος, ενώ πρόσφατα λιγότερο επεμβατικές τεχνικές μέσω mini-θωρακοτομής έχουν δοκιμασθεί.

Εκβλαστήσεις μπορούν να ανιχνευθούν σε ασθενείς με συμπτώματα, σημεία και εργαστηριακά ευρήματα ύποπτα για λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα. Στο TTE ή TEE εμφανίζονται ως ηχογενείς, κινητές μάζες που προσφύονται στη βαλβίδα, το ενδοκάρδιο ή προσθετικά υλικά εντός των καρδιακών κοιλοτήτων. Μπορεί να είναι γραμμικού, σφαιροειδούς ή ακανόνιστου σχήματος και συχνά έχουν υψηλής συχνότητας, κυματοειδή ή δίκην ταλάντωσης κίνηση. Στη συγκεκριμένη ασθενή η ενδοκαρδιακή μάζα δεν είχε χαρακτηριστικά εκβλάστησης και επιπλέον δεν υπήρ-

χαν κλινικά σημεία ή εργαστηριακά ευρήματα (π.χ. θετικές αιμοκαλλιέργειες) ενδεικτικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας.

Οι θρόμβοι του αριστερού κόλπου είναι συχνά μικρού ή μεσαίου μεγέθους, και σχηματίζονται εντός του ωτίου, αλλά έχουν περιγραφεί σπάνιες περιπτώσεις γιγάντιων θρόμβων, δίκην μπάλας, με ελεύθερη κίνηση εντός του αριστερού κόλπου. Θεωρείται ότι αρχικά δημιουργούνται ως τοιχωματικοί θρόμβοι, συχνά στο μεσοκολπικό διάφραγμα, και προοδευτικά μεγεθύνονται και αποσπώνται, λόγω του βάρους τους. Τα περισσότερα περιστατικά έχουν περιγραφεί σε ασθενείς με σοβαρή στένωση μιτροειδούς βαλβίδας,⁷ κολπική μαρμαρυγή,⁸ ή και τα δύο, συχνότερα επί απουσίας αντιπηκτικής αγωγής. Στις περισσότερες περιπτώσεις που έχουν περιγραφεί έγινε επείγουσα χειρουργική εξαίρεση της ενδοκαρδιακής μάζας και αντικατάσταση της βαλβίδας, σε περίπτωση συνυπάρχουσας σοβαρής στένωσης της μιτροειδούς. Θρομβολυτική⁹ και αντιπηκτική¹⁰ αγωγή έχει χορηγηθεί σε λίγους ασθενείς, αλλά λόγω της αμφίβολης αποτελεσματικότητας και του υψηλού κινδύνου εμβολής, θα πρέπει να εξετάζεται μόνο σε ασθενείς με πρόσφατο, μη οργανωμένο θρόμβο και σοβαρή αντένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση, όπως στη δική μας ασθενή, λόγω της δραματικής νευρολογικής της κατάστασης.

Βιβλιογραφία

1. Lamparter S, Moosdorf R, Maisch B. Giant left atrial mass in an asymptomatic patient. *Heart*. 2004; 90: e2.
2. Yilmaz M, et al. Unusually large left atrial myxoma presenting with severe mitral valve obstruction symptoms. *Echocardiography*. 2004; 21: 145-148.
3. Chrissos DN, Stougiannos PN, Mytas DZ, Katsaros AA, Andrikopoulos GK, Kallikazaros IE. Multiple cardiac metastases from a malignant melanoma. *Eur J Echocardiogr*. 2008; 9: 391-392.
4. Doty JR, Doty DB. Images in clinical medicine. Floating left atrial thrombus. *N Engl J Med*. 2002; 347: e5.
5. Zee-Cheng CS, Gibbs HR, Johnson KP, Smth JC. Giant vegetation due to *Staphylococcus aureus* endocarditis simulating left atrial myxoma. *Am Heart J*. 1986; 111: 414-417.
6. Calé R, Andrade MJ, Lima S, et al. Giant left atrial mass: thrombus mimicking myxoma. *Rev Port Cardiol*. 2008; 27: 1191-1194.
7. Tsioufis CP, Stefanadis CI, Tsiamis EG, Kallikazaros IE, Toutouzias PK. A free floating ball thrombus in the left atrial cavity. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1999; 118: 1120-1122.
8. Lee JH, Kang SK, Lee CW, Song JK, Park JS, Choo SJ. Giant left atrial ball thrombus in a patient with chronic non-valvular atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg*. 2008; 85: 313-315.
9. Lee CH, Chen CC, Chern MS. Thrombolytic therapy for acute left atrial thrombus formation in one patient with heart failure and atrial fibrillation. *Circ J*. 2007; 71: 604-607.
10. Marcu CB, Kramer C, Donohue TJ. Giant left atrial thrombus successfully treated with anticoagulation. *Heart Lung Circ*. 2007; 16: 55-56. Epub 2006 Oct 11.