

Μύξωμα αριστερού κόλπου με κλινική εκδήλωση το αίσθημα παλμών

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΧΑΛΑΠΑΣ¹, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΠΕΡΡΕΑΣ²,
ΛΟΥΚΑΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ³, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΑΓΓΕΛΗ⁴,
ΣΤΑΜΑΤΗΣ ΛΕΡΑΚΗΣ⁵

¹ Τμήμα Επεμβατικής καρδιολογίας και Δομικών Καρδιοπαθειών, Ιατρικό Κέντρο, Αθήνα

² Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

⁴ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

⁵ Τμήμα μη Επεμβατικής καρδιολογίας, Νοσοκομείο Mount Sinai Heart, Νέα Υόρκη

Λέξεις ευρετηρίου

Όγκοι καρδιάς, Μύξωμα αριστερού κόλπου, αίσθημα παλμών

Επικοινωνία

Αντώνιος Γ. Χαλαπάς, MD, PHD, FESC

Επεμβατικός Καρδιολόγος

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και Τμήμα Δομικών Παθήσεων

Διευθυντής Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

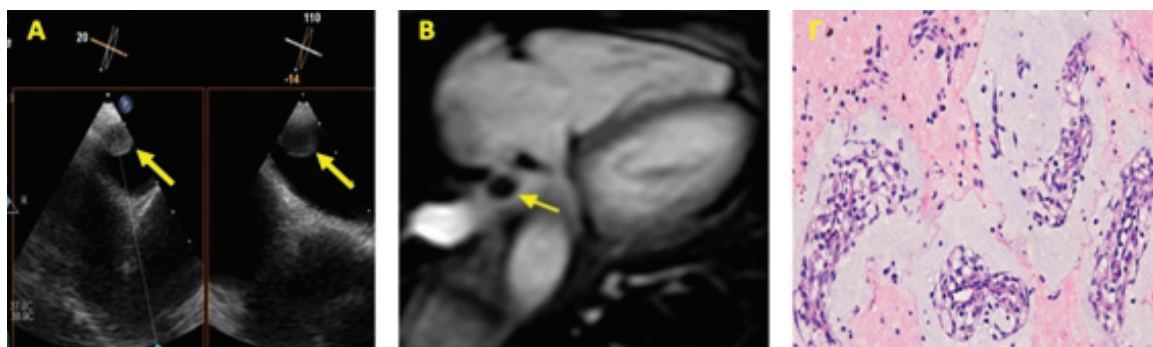
Κιν. 6973388762

E-mail: ahalapas@gmail.com

Οι πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς είναι σπάνιοι με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 0,02 και 0,2% σε νεκροτομικές σειρές. Οι μεταστατικοί όγκοι είναι πολύ συχνότεροι και ανευρίσκονται νεκροτομικά στο 1,5% του γενικού πληθυσμού. Περίπου το 80% των πρωτοπαθών όγκων είναι καλοήθεις και από αυτούς οι μισοί περίπου είναι μξώματα του αριστερού κόλπου (Ακ).¹ Τα μξώματα εμφανίζονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά περισσότερο συχνά μεταξύ της 3ης και 6ης δεκαετίας της ζωής, με τις γυναίκες να κυριαρχούν στις περισσότερες σειρές. Αν και σπάνιοι, οι καρδιακοί όγκοι εκφράζονται με ποικίλα συμπτώματα άμεσα σχετιζόμενα με την ανατομική τους εντόπιση, το μέγεθος και την κινητικότητά τους.² Το υπερηχοκαρδιογράφημα και άλλες απεικονιστικές μέθοδοι ανιχνεύουν σχεδόν πάντα τη μάζα.³ Δεδομένου ότι η συμπτωματολογία συχνά επικαλύπτεται από εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας, η ακριβής διάγνωση είναι καθοριστική για την κατάλληλη θεραπεία και πρόγνωση.

Παρουσίαση Περιστατικού

Καυκάσια γυναίκα 68 ετών με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό προσήλθε αιτιώμενη αισθήματος παλμών σε συνδυασμό με ζάλη από 4μήνου. Ο αρχικός κλινικός και ηλεκτροκαρδιογραφικός (ΗΚΓ) έλεγχος ήταν χωρίς αξιόλογα ευρήματα, ενώ η 24ώρη καταγραφή ρυθμού (Holter) απέκλεισε την παρουσία κολπικής μαρμαρυγής. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε φυσιολογικές διαστάσεις, διατηρημένο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας και παρουσία μάζας στο οπίσθιο τμήμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜκΔ), χωρίς περικαρδιακή συλλογή. Ακολούθως, η διοισοφάγειος μελέτη κατέδειξε



Εικόνα 1. Α. Το διοισοφαγείο ανέδειξε μεγάλη ανομοιογενή μάζα (διαμέτρου 11 mm) με λεπτή βάση και ασβεστοποιημένη επιφάνεια στο οπίσθιο τοίχωμα του Ακ πλησίον του μεσοκολπικού διαφράγματος. Β. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε τα άνω ευρήματα αναδεικνύοντας χαρακτηριστικά συμβατά με μύξωμα Ακ. Γ. Η ιστοπαθολογική ανάλυση ανέδειξε μυξοειδές στρώμα με διάσπαρτα ατρακτοκύτταρα.

μεγάλη ανομοιογενή μάζα (διαμέτρου 11 mm) με λεπτή βάση και ασβεστοποιημένη επιφάνεια στο οπίσθιο τοίχωμα του Ακ πλησίον του ΜκΔ (**Εικόνα 1Α**). Το ΜκΔ ήταν ακέραιο και δεν παρατηρήθηκε θρόμβος εντός του Ακ. Κατόπιν, περαιτέρω διερεύνηση με μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε τα άνω ευρήματα και ανέδειξε χαρακτηριστικά συμβατά με μύξωμα Ακ (**Εικόνα 1Β**).

Με βάση τα παραπάνω αποφασίσθηκε η χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Ο προεγχειρητικός καρδιακός καθετηριασμός ήταν χωρίς ευρήματα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μέση στερνοτομή και η επέμβαση έγινε με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας. Η φλεβική επιστροφή εξασφαλίσθηκε με δύο κάνουλες στην άνω και κάτω κοίλη φλέβα και η ελάχιστη θερμοκρασία ήταν 32 °C. Η καρδιά σταμάτησε με χρήση ορθόδρομης καρδιοπληγίας και χρησιμοποιώντας διαφραγματική και Ακ προσέγγιση πραγματοποιήθηκε αφαίρεση της μάζας. Ο όγκος είχε διαστάσεις 20x15 mm, ελαστική, λεία και κιτρινωπή επιφάνεια χωρίς στοιχεία νέκρωσης. Η ιστοπαθολογική ανάλυση ανέδειξε μυξοειδές στρώμα με διάσπαρτα ατρακτοκύτταρα επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση του μυξώματος (**Εικόνα 1Γ**). Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ανεπιπλεκτή, εκτός από ένα επεισόδιο παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής που αντιμετωπίστηκε επι-

τυχώς με ενδοφλέβια χορήγηση αμιωδαρόνης. Η ασθενής εξήλθε την 4η μετεγχειρητική μέρα σε καλή κλινική κατάσταση και δύο μήνες μετά την επέμβαση ήταν σε άριστη κατάσταση χωρίς συμπτώματα και ικανοποιητική λειτουργική ικανότητα.

Συζήτηση

Αν και οι όγκοι της καρδιάς είναι εξαιρετικά σπάνιοι, η ακριβής διάγνωση τους είναι καθοριστική για την έγκαιρη θεραπεία. Οι πρωτοπαθείς όγκοι είναι πολύ λιγότερο συχνοί σε σχέση με τους μεταστατικούς. Η πλειονότητα (75%) των πρωτοπαθών όγκων είναι καλοήθεις (μυξώματα, θηλώδη ινοελαστώματα, ραβδομύωματα, φιμπρώματα, λιπώματα, παραγλιώματα, αιμαγγειώματα), με πιο συχνά τα μυξώματα (>50%).^{4,5} Οι περισσότεροι κακοήθεις πρωτοπαθείς όγκοι είναι σαρκώματα (95%), με κύριο εκπρόσωπο τους τα αγγειοσαρκώματα. Οι δευτεροπαθείς όγκοι της καρδιάς εμφανίζονται λόγω διήθησης κατά συνέχεια ιστού (πνεύμονες, λεμφώματα μεσοθωρακίου, μαστός, ανώτερο πεπτικό) ή λόγω αιματογενούς/λεμφογενούς διασποράς (μελάνωμα, νεφροί, επινεφρίδια, ήπαρ, μήτρα). Τα μυξώματα απαντούν κυρίως στον Ακ (σπανιότερα στον δεξιό κόλπο), εκδηλώνονται με μεγάλο εύρος συμπτωμάτων ανάλογα με την εντόπιση,

Πίνακας 1.
Διαφορές μεταξύ μυξώματος και θρόμβου

	ΜΥΞΩΜΑ	ΘΡΟΜΒΟΣ
ΕΝΤΟΠΙΣΗ	ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΛΗΣΙΟΝ ΤΟΥ fossa ovalis	ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΩΤΙΟΥ ΤΟΥ Ακ
ΒΑΣΗ	ΣΥΧΝΑ ΜΙΣΧΩΤΗ	ΕΥΡΕΙΑ
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΜΕΓΑΛΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ
T1 ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ	ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ	ΟΜΟΓΕΝΕΣ
T2 ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ	ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ	ΟΜΟΓΕΝΕΣ

το μέγεθος και την κινητικότητα τους και χαρακτηρίζονται από την εξής τριάδα συμπτωμάτων: συστηματικές εκδηλώσεις (πυρετός, μυαλγίες, κακουχία, απώλεια βάρους, Raynaud, εξανθήματα, ηλεκτροδακτυλία), καρδιακά (δύσπνοια) και εμβολικά επεισόδια.⁶ Σε μικρούς όγκους μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα. Οι αρρυθμίες εμφανίζονται σε ποσοστό λιγότερο του 15% και στη βιβλιογραφία περιγράφονται περιστατικά που είχαν ως μοναδική τους εκδήλωση επεισόδια torsades de pointes και επαναλαμβανόμενης μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας.^{7,8} Τέλος, σημαντικό είναι να γίνεται διαφορική διάγνωση μεταξύ μυξώματος και θρόμβου, καθώς η θεραπευτική προσέγγιση είναι τελείως διαφορετική (**Πίνακας 1**).

Η θεραπεία εκλογής των μυξωμάτων είναι η χειρουργική αφαίρεση με την 1η επιτυχή εκτομή να περιγράφεται από τον Crafoord το 1955 και έχει εξαιρετική πρόγνωση. Το ποσοστό εγχειρητικής θνησιμότητας είναι χαμηλό (<4%), η μετεγχειρητική ανάρρωση ταχεία και η πιθανότητα υποτροπής <1%. Τα ποσοστά υποτροπής είναι 1-3% σε σποραδικές περιπτώσεις, 12% σε οικογενείς περιπτώσεις και 22% σε σύνθετα/πολλαπλά κολπικά μυξώματα. Ως εκ τούτου, απαιτείται τακτικό follow-up των ασθενών και αξιολόγηση των συγγενών 1ου βαθμού.⁹ Τέλος, με αφορμή το άνω περιστατικό κρίνεται σημαντικό να αναγνωρι-

στούν οι καρδιακοί όγκοι ως αιτία αρρυθμίας, καθώς οι περισσότεροι είναι καλοήθεις και η χειρουργική εξαίρεση χαρακτηρίζεται από εξαιρετική πρόγνωση.

Βιβλιογραφία

1. Lam KY, Dickens P, Chan AC: Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. Arch Pathol Lab Med. 1993, 117: 1027-31.
2. Silvestri F, Bussani R, Pavletic N, Mannoe T: Metastases of the heart and pericardium. G ItalCardiol. 1997, 27:1252-5.
3. Vander Salm TJ: Unusual primary tumors of the heart. SeminThoracCardiovascularSurg. 2000, 12:89-100.doi: 10.1053/ct.2000.5080.
4. Burke A, Tavora F: The 2015 WHO classification of tumors of the heart and pericardium. J ThoracOncol. 2016;11:441-52.doi: 10.1016/j.jtho.2015.11.009.
5. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T. Cardiac tumours: diagnosis and management. Lancet Oncol. 2005;6: 219-28.doi: 10.1016/S1470-2045(05)70093-0.
6. Kusano KF, Ohe T. Cardiac tumors that cause arrhythmias. Card Electrophysiol Rev. 2002;6:174-7.doi: 10.1023/a:1017936622990.
7. Bauer MF, Aebert H, Zurbrugg H, R?schoff J, Birnbaum DE. Torsades de pointes arrhythmia in a patient with left ventricular myxoma. Chest. 1994; 105:1876-8.doi: 10.1378/chest.105.6.1876.
8. Badui E, Cruz H, Almazan A, Enciso R, Soberanis N, Garcia R. Ventricular tachycardia as a first manifestation of right ventricular myxoma a case presentation. Angiology. 1991;42:1002-5. doi: 10.1177/000331979104201210.
9. Jayaprakash S. Clinical presentations, diagnosis, and management of arrhythmias associated with cardiac tumors. J Arrhythm. 2018;34(4):384-393.doi: 10.1002/joa3.12030. eCollection 2018 Aug.