

Komentarz

Guzy serca – gdzie jesteśmy?

Jerzy Nożyński

Pracownia Histopatologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Z dużym zainteresowaniem przeczytałem artykuł omawiający zagadnienie pierwotnego mięsaka serca. Jak słusznie wskazują Autorzy artykułu, guzy serca należą do nowotworów bardzo rzadkich. Różni autorzy różnie oceniają ich częstość – waha się ona pomiędzy 0,002 a 0,3%, w zależności od doboru analizowanej grupy, co podsumowuje klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) z 2004 r. [1].

Zagadnienie wykrywalności guzów serca łączy się z istotnym postępem metod obrazowania oraz ich upowszechnieniem, a szczególna rola przypada dostępnej powszechnie ultrasonografii. Większość doniesień obejmujących problematykę guzów serca ma, podobnie jak artykuł Kolegi Banysia i wsp., charakter doniesień kazuistycznych. Pozostałe najczęściej stanowią zbiór doświadczeń poszczególnych ośrodków [2–5]. I chyba nadchodzi czas na stopniowe łączenie wyników poszczególnych ośrodków w celu stworzenia rejestru guzów serca, z weryfikacją wyników badania obrazowego, histopatologii, a przede wszystkim z oceną wyników odległych. Niezwykle wartościową publikacją byłoby także podsumowanie odległych wyników leczenia różnych złośliwych nowotworów serca.

Istotnym zagadnieniem w przypadku mięsaków serca są problemy diagnostyki histopatologicznej. Zróżnicowanie tkanki macierzystej, częstość występowania mitoz oraz rozległość martwicy są zasadniczymi cechami histologicznymi oceny zliczeniowej wstępnie określających stopień złośliwości nowotworu [6, 7]. Dalsze badanie nie może obyć się bez różnicowania immunohistochemicznego [8], trafnie przedstawionego i przeanalizowanego przez Autorów. Można się spodziewać, że w najbliższej przyszłości zapewne obligatoryjne stanie się badanie profilu genetycznego guza.

Jak wynika z przedstawionej publikacji, Autorzy opisali nowy histotyp pierwotnego nowotworu złośliwego występującego w sercu, nieujętego w klasyfikacji WHO. Postawienie tego rozpoznania przez parę doświadczonych diagnostów (M. W-D, R.K.) wskazuje na konieczność stałego uzupełniania listy guzów serca WHO, właśnie na podstawie doniesień kazuistycznych.

Podobne wyniki w kwestii typu histologicznego mięsaka przedstawia badanie o zdecydowanym profilu onkologicznym przeprowadzone w Kanadzie [9]. Autorzy tego opracowania w typowo onkologiczny sposób analizują doświadczenia zabiegu kardiochirurgicznego, postępując się

badaniem doraźnym marginesów tkankowych, oceniają guz wg schematu TNM i histopatologii, stosowanej radio- i chemioterapii. Ich wyniki wskazują właśnie na istotną rolę doszczętności zabiegu w przypadkach bez rozsiewu.

Z drugiej strony, nie zawsze można traktować pierwotne nowotwory złośliwe serca jako szczególny wariant nowotworów tkanki łącznej. Średni okres przeżycia w przypadku mięsaków serca oceniany jest na ok. 6 mies. u chorych leczonych chirurgicznie i jedynie na miesiąc w przypadku braku leczenia chirurgicznego [10].

Piśmiennictwo

1. Travis WD, Brambilla E. WHO Classification of Tumours. Tumours of the lung, pleura, thymus and heart. WHO Press, Geneva 2004.
2. Maraj S, Pressman GS, Figueredo VM. Primary cardiac tumors. *Int J Cardiol* 2009; 133: 152-156.
3. Oliveira R, Branco L, Galrinho A, Abreu A, Abreu J, Fiarresga A, Mamede A, Ramos R, Leal A, Pinto E, Fragata J, Ferreira R. Cardiac myxoma: a 13 year experience in echocardiographic diagnosis. *Rev Port Cardiol* 2010; 29: 1087-1100.
4. Matebele MP, Peters P, Mundy J, Shah P. Cardiac tumors in adults: surgical management and follow-up of 19 patients in an Australian tertiary hospital. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010; 10: 892-895.
5. Paramés F, Freitas I, Martins JD, Trigo C, Pinto MF. Cardiac tumors: the 17-year experience of pediatric cardiology department. *Rev Port Cardiol* 2009; 28: 929-940.
6. Brown FM, Fletcher CDM. Problems in grading soft tissue sarcomas. *Am J Clin Pathol* 2000; 114: S82-S89.
7. Coindre JM. Grading of soft tissue sarcomas. Review and update. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130: 1448-1453.
8. Heim-Hall J, Yohe SL. Application of immunohistochemistry to soft tissue neoplasms. *Arch Pathol Lab Med* 2007; 132: 476-489.
9. Truong PT, Jones SO, Martens BA, Alexander C, Paquette M, Joe H, Hart J, Allan SJ. Treatment and outcomes in adult patients with primary cardiac sarcoma: the British Columbia Cancer Agency experience. *Ann Surg Oncol* 2009; 16: 3358-3365.
10. Hamidi M, Moody JS, Weigel TL, Kozak KR. Primary cardiac sarcoma. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: 176-181.