

Komentarz

prof. dr hab. n. med. Ryszard Kalawski
Oddział Kardiochirurgii Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu



Częstotliwość diagnozowania i następnego leczenia śluzaków serca wzrasta wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych [1].

Aktualnie ze względu na rozbudowane możliwości diagnostyczne często wykrycie obecności śluzaka jest przypadkowe podczas wykonywania badania echokardiograficznego. Obecność śluzaka w jamach serca może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia. W zależności od lokalizacji, wielkości, stabilności, ruchomości wymaga bądź to pilnych decyzji o leczeniu chirurgicznym, bądź to rozszerzonej diagnostyki i może być ograniczone do regularnej kontroli echokardiograficznej [2]. Z drugiej strony obecność śluzaka może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia, np. przy zamykaniu ujścia przedsionkowo-komorowego czy przy jego defragmentacji i zatorowości naczyniowej.

Choroba ta, mimo że przypisywana jest niekontrolowanemu rozrostom komórek mezenchymalnych, występuje najczęściej w wieku starszym [3]. Z tego też powodu mogą jej towarzyszyć inne schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

Obecność śluzaka nie wyklucza istnienia innej patologii w obrębie układu sercowo-naczyniowego. Długotrwała obecność patologicznego tworów w świetle jamy serca upośledzającego wewnątrzsercowy przepływ krwi, nieraz w bezpośrednim kontakcie z aparatem zastawkowym, skutkować może dysfunkcją zastawek. Dlatego tak istotna jest uważna diagnostyka przedoperacyjna oraz ocena śródoperacyjna – zarówno wizualna, jak i przezklatkowe badanie echokardiograficzne (ang. *transthoracic echocardiography* – TTE).

Odstępstwo od rozszerzonej diagnostyki przedoperacyjnej obejmującej m.in. ocenę przepływów w naczyniach do-

głowych oraz koronarografię może usprawiedliwiać jedynie np. konieczność nagłej operacji w przypadku obrzęku płuc spowodowanego śluzakiem wgłębiającym się w ujście przedsionkowo-komorowe.

W każdym innym przypadku, w którym diagnostyka przedoperacyjna potwierdza dodatkową patologię w układzie sercowo-naczyniowym, trzeba rozważyć rozszerzenie zabiegu o korekcję tego schorzenia.

W przypadku opisanym w pracy obecności śluzaka towarzyszyła choroba niedokrwienna serca i naturalną kolejną rzeczą podjęto decyzję o jednoczesnej korekcie obydwu schorzeń. Niestety, zabiegowi towarzyszyły groźne dla życia zaburzenia rytmu, skutkujące koniecznością wspomaganie krążenia kontr pulsacją wewnątrzaoortalną i tygodniową intubacją.

Niewątpliwie cieszy obecność wśród autorów trojga studentów, którzy nawyk działalności naukowej winni wyciągnąć już ze studiów. I tylko gwoli poprawności tej nauki zwrócę uwagę, że konieczność **respiracji**, czyli oddychania po zabiegu operacyjnym, niezbędna jest każdemu pacjentowi. Natomiast przedłużone **respiatorowanie**, tzn. wspomaganie oddychania za pomocą respiratora, konieczne jest, szczególnie, tylko w przypadkach powikłanych – takich, o jakim traktuje to doniesienie.

Piśmiennictwo

1. Raporty Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych KROK-POLKARD.
2. Kołacz J, Fedak A, Dziedzic P, Pasowicz M. Śluzak lewego przedsionka. Opis przypadku. *Choroby Serca i Naczyń* 2005; 2: 229-231.
3. Rachwałik M, Obrebska M, Goździk A, Nowicki R, Bielicki G, Jakubaszko J, Dumański A, Pelczar M, Stachurski A, Oczko J, Kustrzycki W. Cardiac Myxoma: 10 years' experience in 29 patients operated on with crystalloid cardioplegia – short- and long-term results. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2010; 7: 23-26.