

Nietypowa prezentacja skrzepliny w prawym przedsionku serca u dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną – opis przypadku

Unusual presentation of the right atrial thrombus formation in a child with acute lymphoblastic leukaemia: a case report



Maciej A. Karolczak¹, Wojciech Mądry¹, Jan Wyhowski²

¹II Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Patomorfologii Wieku Rozwojowego, SPDSK w Warszawie

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2010; 7 (2): 153–155

Streszczenie

Skrzepliny w obrębie prawego przedsionka czy żył głównych są dobrze znanymi powikłaniami długotrwałego utrzymywania cewników naczyniowych. Zmiany izolowane, niezwiązane z końcem lub trzonem cewnika, należą do rzadkości. Przedstawiamy nietypowy przypadek zwapniałej, koralopodobnej skrzepliny związanej z wsierdziem uszka prawego przedsionka, koncentrując się na diagnostyce i leczeniu.

Słowa kluczowe: zakrzepica, skrzeplina przyścienna, uszko przedsionka, chirurgia.

Abstract

Right atrial or vena cava thrombi are well-known complications of indwelling central venous catheters. A right atrial thrombus unrelated to the tip or body of a catheter is an unusual finding. We present a case of an isolated, calcified, coral-like mural thrombus attached to the right atrial appendage in a paediatric patient with acute lymphoblastic leukaemia. Diagnostics and treatment are discussed in detail.

Key words: thrombosis, mural thrombus, atrial appendage, surgery.

Wstęp

Skrzepliny w świetle żył głównych i prawego przedsionka dotyczą najczęściej pacjentów nowotworowych, zarówno dorosłych [1], jak i pediatrycznych [2, 3], u których prowadzenie chemioterapii wymaga długotrwałego utrzymywania cewników naczyniowych. W powyższych przypadkach skrzepliny stwierdza się na końcu cewnika lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie. Skrzeplina w obrębie prawego przedsionka serca może również towarzyszyć nefroblastomie (guzowi Wilmsa) z rozrostem wewnątrzkalnym sięgającym dolnego połączenia kawałkowo-przedsionkowego [3, 4]. Skrzepliny izolowane, niezwiązane z cewnikami naczyniowymi, należą do rzadkości i są opisywane jako powikłania operacji kardiologicznych [5] lub zmian morfologicznych prawego przedsionka serca [6]. Poniżej prezentujemy przypadek izolowanej, całkowicie zwapniałej skrzepliny w obrębie uszka prawego przedsionka u pacjenta onkologicznego.

Opis przypadku

Ośmioletni chłopiec z 6-miesięcznym wywiadem ostrej białaczki limfoblastycznej T-komórkowej. Choroba rozpo-

częła się gorączką, ogólnym osłabieniem i nietolerancją wysiłku oraz postępującymi objawami zespołu żyły głównej górnej. Po przyjęciu do kliniki hematologicznej w trakcie opracowania diagnostycznego wykonano badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, które uwidocznilo niejednorodną masę guza obejmującą całe śródpiersie przednie aż do przepony, spychającą narządy śródpiersia ku tyłowi. Ponadto stwierdzono zakrzepicę żyły głównej dolnej ze skrzepliną sięgającą prawego przedsionka serca. Po rozpoznaniu ostrej białaczki limfoblastycznej rozpoczęto terapię według programu PGPd/sLBiCh ALL IC BFM 2002 wraz z antybiotykoterapią i Clexanem. Remisję zmian w szpiku i zmniejszenie się wielkości guza śródpiersia uzyskano w ciągu 33 dni od wdrożenia leczenia. W trakcie kolejnych hospitalizacji kontynuowano chemioterapię bloku HR-1, HR-2 i HR-3. Pomimo przywrócenia prawidłowych przepływów w obu żyłach głównych stwierdzano utrzymywanie się wapniejącej skrzepliny w rzucie uszka prawego przedsionka. Pacjenta skierowano na konsultację kardiologiczno-kardiologiczną do Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii WUM, gdzie w badaniu echokardiograficznym potwierdzono obecność we wnętrzu prawego przedsion-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Maciej A. Karolczak, II Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci WUM, ul. Działdowska 1, 01-184 Warszawa, tel./faks +48 22 452 33 01, e-mail: makdynas@poczta.onet.pl

ka struktury o niejednorodnej echogeniczności z mocniej wysycanymi brzegami oraz brakiem koaptacji płatków zastawki trójdzielnej i czwartym stopniem niedomykalności. Ustalono, iż istnieją wskazania do operacyjnego usunięcia skrzepliny.

Przyjęty do Kliniki Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci WUM w stanie ogólnym dobrym ze stunelizowanym podskórnym cewnikiem Broviac® wprowadzonym do prawej żyły podobojczykowej. W wykonanym badaniu echokardiograficznym stwierdzono silnie echogeniczny twór guzowaty, o wymiarach 3 × 2,5 cm, związany wyłącznie z uszkiem prawego przedsionka (ryc. 1.), bez kontaktu z żyłą główną górną. Jego dolny obrys przekraczał płaszczyznę pierścienia zastawki trójdzielnej, zaburzając koaptację przede wszystkim płatką przedniego oraz przegrodowego i powodując strumień niedomykalności szerokości 6 mm. Koniec cewnika Broviac® widoczny ok. 3 cm powyżej górnego połączenia kawałkowo-przedsionkowego. Brak nieprawidłowych ech w obrębie żył głównych i żył wątrobowych.

Korekcja chirurgiczna

Operację wykonano z dostępu przez sternotomię pośrodkową. Wszystkie tkanki w obrębie śródpiersia ze zmianami pozapalno-naciekowymi. Po skaniowaniu aorty i żył głównych (DLP® Right Angle Single Stage Venous Cannulae, Medtronic) rozpoczęto normotermiczne krążenie pozaustrojowe. Prawy przedsionek otwarto cięciem podłużnym, stwierdzając (ryc. 2.) ażurową, kruchą, koralopodobną strukturę wapniową koloru białego o wymiarach 3 × 2,5 cm związaną z wsierdziem uszka prawego przedsionka. Guz usunięto w całości z fragmentem wsierdza (ryc. 3.). Kontrola ujścia sercowego żyły głównej nie wykazała jakichkolwiek zmian w obrębie śródbłonna naczyniowego. Zdecydowano o nieusuwaniu cewnika Broviac®. Przebieg pooperacyjny niepowikła-



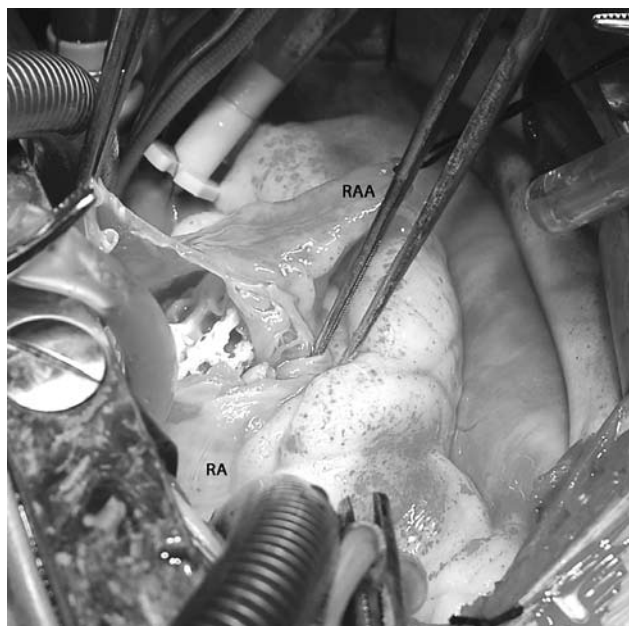
Ryc. 1. Obraz echokardiograficzny skrzepliny w prawym przedsionku serca. Projekcja przymostkowa prawa obrazująca żyłę główną górną w jej osi długiej oraz wewnątrz prawego przedsionka. Pozycja pacjenta na prawym boku. S – skrzeplina, PP – wewnątrz prawego przedsionka, ZGG – żyła główna górna, UPP – uszko prawego przedsionka

ny. Pacjenta wypisano do domu w stanie dobrym, w 8. dobie pooperacyjnej. Dwa miesiące później pacjent został poddany udanemu zabiegowi transplantacji szpiku.

W badaniu histopatologicznym guza (ryc. 3.) wykazano (A.W.), że kruchy, kalafiorowaty twór zbudowany jest z mas włóknika z licznymi zwapnieniami i miejscami pokryty jest pasmami wsierdza. Obraz zinterpretowano jako zhomogenizowaną i zwapniałą skrzeplinę przyścienną.

Komentarz

Leczenie chirurgiczne skrzepliny prawego przedsionka serca jest uzasadnione w przypadku, gdy guz blokuje lub



Ryc. 2. Widok śródoperacyjny. Po rozchyleniu brzegów cienkościennej przedsionki uwidacznia się ażurowa struktura zwapniałej skrzepliny. RAA – uszko prawego przedsionka, RA – prawy przedsionek serca



Ryc. 3. Zasadnicza masa zwapniałej skrzepliny przyściennej. W trakcie usuwania część niezmiernie kruchej ażurowej struktury uległa fragmentacji

utrudnia napływ krwi żyłnej do serca, koliduje ze strukturami zastawki trójdzielnej lub zagraża przemieszczeniem się do krążenia płucnego. W pozostałych przypadkach dotyczących małych lub umiarkowanej wielkości skrzeplin wnikliwa obserwacja ultrasonograficzna może wykazywać zmniejszanie się lub całkowite zniknięcie skrzeplin [2]. Przy braku cech regresji uzasadnione jest leczenie zachowawcze antykoagulantami doustnymi lub rekombinowanym tkankowym aktywatorem plazminogenu podawanym do cewnika w pobliżu skrzepliny [7]. W prezentowanym przypadku uwagę zwraca niezwykła kruchość zwapnianego tworów i wynikające z tego ryzyko zatorowości płucnej.

Piśmiennictwo

1. Murphy PT, Sivakumaran M, Ghosh K, Chapman CS, Wood JK. Non-fatal massive right atrial thrombus associated with Hickman catheter in an adult receiving chemotherapy for acute leukaemia. *Postgrad Med J* 1994; 70: 520-521.
2. Korones DN, Buzzard CJ, Asselin BL, Harris JP. Right atrial thrombi in children with cancer and indwelling catheters. *J Pediatr* 1996; 128: 841-846.
3. Burgos L, Martínez Urrutia MJ, Lobato R, López Santamaría M, Aroca A, Jaurguizar E. Strategy for high cavoatrial tumor thrombus in children with nephroblastoma. *Cir Pediatr* 2008; 21: 70-72.
4. Chiappini B, Savini C, Marinelli G, Suarez SM, Di Eusanio M, Fiorani V, Pierangeli A. Cavoatrial tumor thrombus: single-stage surgical approach with profound hypothermia and circulatory arrest, including a review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 124: 684-688.
5. Pawelec-Wojtalik M, Kukawczyńska E, Raś M, Kołowski P. Right atrial thrombus following surgical closure of atrial septal defect – a case report. *Kardiologia Pol* 2007; 65: 170-172.
6. Chatrath R, Turek O, Quivers ES, Driscoll DJ, Edwards WD, Danielson GK. Asymptomatic giant right atrial aneurysm. *Tex Heart Inst J* 2001; 28: 301-303.
7. Karolczak MA, Motylewicz B, Madry W, Wieteska J, Klemińska M. Rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu w leczeniu trombolitycznym skrzepliny wewnątrz prawego przedsionka serca u noworodka i niemowlęcia. *Pediatr Pol* 1996; 71: 465-469.