

## Odwrócone T dwuprzedSIONKOWE CIĘCIE jako skuteczna metoda wizualizacji śluzaka lewego przedSIONKA o nietypowej lokalizacji

Inverted-T shape incision as a successful method of visualization  
of left atrial myxoma which is located atypically

Radostaw Zwoliński<sup>1</sup>, Stanisław Ostrowski<sup>1</sup>, Karol Bartczak<sup>1</sup>, Katarzyna Piestrzeniewicz<sup>2</sup>, Ryszard Jaszewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2011; 8 (3): 348–350

### Streszczenie

Chora, 71 lat, niemająca objawów, ze śluzakiem lewego przedSIONKA o szerokiej podstawie, umiejscowionym w górnej części przegrody międzyprzedsIONKOWEJ pod ujściem żyły głównej górnej, została przyjęta do Kliniki w celu leczenia operacyjnego. Z uwagi na utrudniony dostęp i mały wymiar lewego przedSIONKA zastosowano odwrócone cięcie T dwuprzedSIONKOWE dla lepszej wizualizacji guza. Dostęp ten umożliwił wycięcie w całości guza z zachowaniem marginesu onkologicznego, a następnie bezproblemowe wszycie łączy z osierdzia w powstały duży ubytek w przegrodzie międzyprzedsIONKOWEJ.

**Słowa kluczowe:** odwrócone T cięcie dwuprzedSIONKOWE, śluzak lewego przedSIONKA.

### Abstract

71 years old asymptomatic female with left atrial myxoma with broad base, located in the superior part of interatrial septum beneath superior caval vane, was admitted to the hospital for surgery. Due to difficult access and small size of left atrium we did inverted T shape incision to visualize the tumor better. This approach enabled total excision of the tumor with preservation of oncological resection margin and suture of the big loss of interatrial septum with pericardial patch without any problem.

**Key words:** inverted-T shape incision, left atrial myxoma.

### Wstęp

W wybranych przypadkach izolowanych śluzaków lewego przedSIONKA standardowe, poprzeczne nacięcie lewego przedSIONKA może być niewystarczające dla pełnej wizualizacji i resekcji guza. Dotyczy to w szczególności sytuacji, kiedy mamy do czynienia z nietypowym ułożeniem guza, małym wymiarem przedSIONKA lub kiedy należy wykonać dodatkową procedurę kardiologiczną w obrębie jam serca.

### Opis przypadku

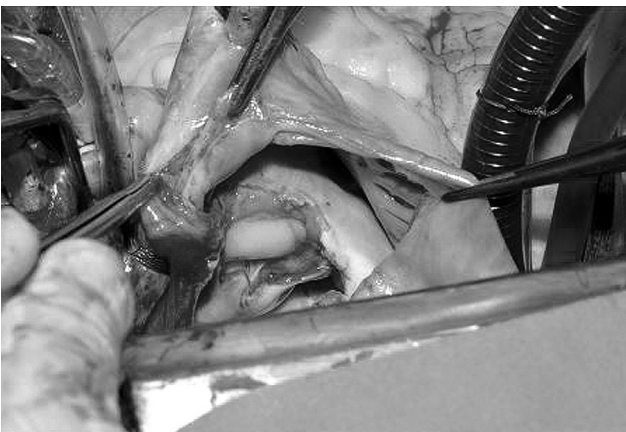
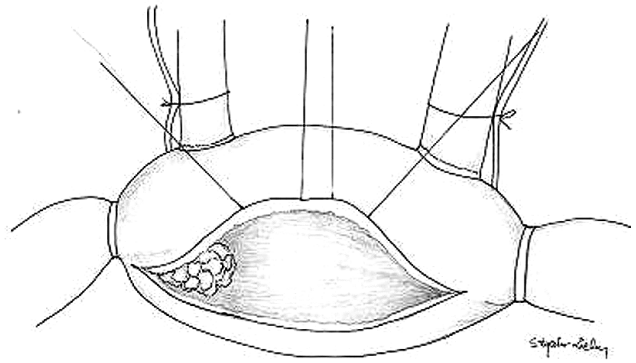
Niemająca objawów 71-letnia chora z wywiadem nadopadowego migotania przedSIONKÓW, po ablacji w 2006 r., została przyjęta w celu wycięcia guza lewego przedSIONKA. We wcześniej przeprowadzonych badaniach przed zabiegiem ablacji nie uwidoczniło patologicznych struktur w jamach serca. W 2010 r. po raz pierwszy w kontrolnym badaniu echokardiograficznym przezklatkowym (ang. *transthoracic echocardiography* – TTE) stwierdzono obec-

ność nieruchomego tworu o szerokiej podstawie w górnej części przegrody międzyprzedsIONKOWEJ. Początkowo podejrzewano obecność zorganizowanej skrzepliny i chorej podano acenokumarol. Kontrolne badanie TTE po 3 miesiącach wykazało brak poprawy po zastosowanym leczeniu. W badaniu przezprzełykowym wykazano prawidłowe wymiary struktur serca z zachowaną prawidłową funkcją skurczową lewej komory oraz potwierdzono obecność w lewym przedSIONKU nieruchomej struktury o szerokiej podstawie wielkości ok. 2 × 2 cm, która może odpowiadać śluzakowi. Krążenie pozaustrojowe podłączono w sposób typowy, zakładając dwie kaniule żyłne do prawego przedSIONKA. Serce zatrzymano wlewem zimnej, wysokopotasowej, krystalicznej kardiopleginy. Odpreparowano żyłę główną górną i rowek międzyprzedsIONKOWY. Wykonano poprzeczne nacięcie lewego przedSIONKA, ok. 1 cm od linii cięcia, a następnie uwidoczniło guz o szerokiej podstawie umiejscowiony w górnej części przegrody pod ujściem żyły głównej górnej.

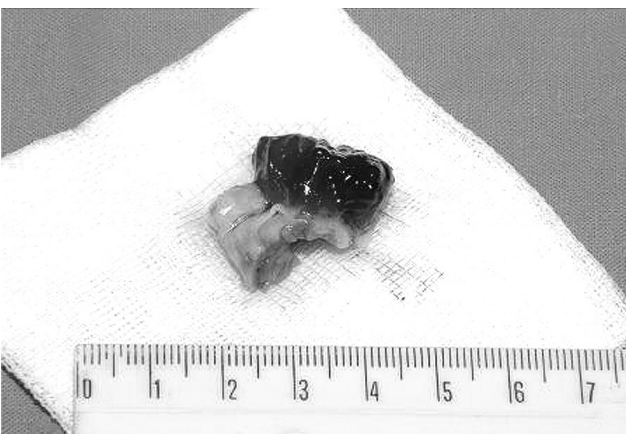
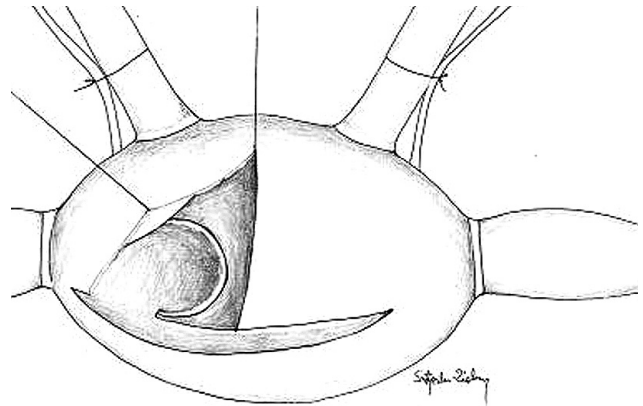
**Adres do korespondencji:** Radostaw Zwoliński, Klinika Kardiologii, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Sterlinga 1/3, 91-425 Łódź, e-mail: radekzwolinski@poczta.onet.pl



Ryc. 1. Podłużne nacięcie lewego przedsionka, uwidoczniło guz o szerokiej podstawie umiejscowiony w górnej części przegrody pod ujściem żyły głównej górnej



Ryc. 2. Poprzeczne cięcie prawego przedsionka z wycięciem przegrody międzyprzedsionkowej



Ryc. 3. Wycięty guz z 5-milimetrowym marginesem tkanek wraz z górną częścią przegrody

Z uwagi na nietypowe umiejscowienie, szeroką podstawę guza i mały wymiar lewego przedsionka, który utrudniał dostateczny wgląd w pole operacyjne, wykonano poprzeczne cięcie prawego przedsionka z nacięciem przegrody międzyprzedsionkowej. Po uwidocznieniu całej przegrody

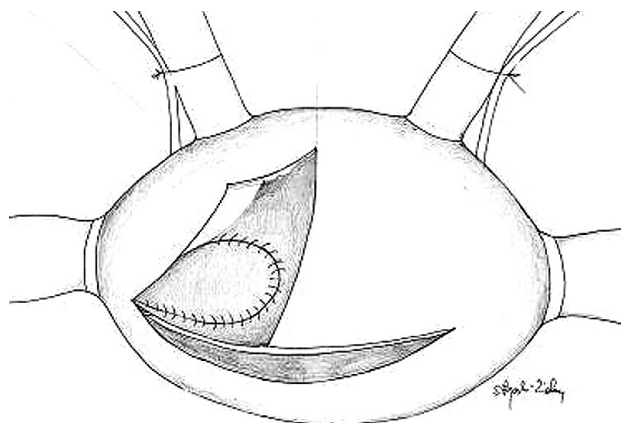
międzyprzedsionkowej od strony lewego i prawego przedsionka wycięto z 5-milimetrowym marginesem tkanek guz wraz z górną częścią przegrody. Zbliżono do siebie pozostałe, wolne fragmenty przegrody, a w powstały ubytek wszyto łąkę z osierdzia. Następnie zszyto horyzontalnie lewy przedsionek i wertykalnie prawy (ryc. 1.–5.). Kontrolne śródoperacyjne badanie echokardiograficzne wykazało prawidłowo odtworzoną przegrodę bez cech patologicznego przepływu. Pacjentkę wypisano do domu w 7. dobie po operacji. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie śluzaka. Kontrolne badanie echo po 6 miesiącach wykazało dobry wynik pooperacyjny.

### Dyskusja

Typowe nacięcie lewego przedsionka nie zawsze daje możliwość pełnej wizualizacji struktur serca. Dotyczy to w szczególności sytuacji, kiedy mamy do czynienia z guzem lewego przedsionka o szerokiej podstawie, guzem dużych rozmiarów, a także kiedy guz usytuowany jest w nietypowej lokalizacji w lewym przedsionku. Dodatkowym utrudnieniem może być mały wymiar przedsionka, uniemożliwiający prawidłowe uwidocznienie struktur, co może skutkować fragmentarycznym wycięciem guza. Dodatkowo nacięcie prawe-



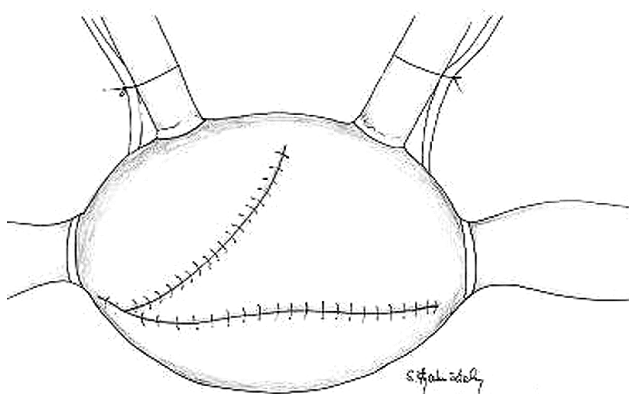
Ryc. 4. Zbliżenie wolnych fragmentów przegrody, w powstały ubytek wszyte łąty z osierdzia



go przedsionka z wizualizacją przegrody i jej wycięciem nie zawsze daje pewność usunięcia guza bez jego fragmentacji. Kabbani i Cooley [1] w 1973 r. po raz pierwszy opisali wycięcie śluzaka lewego przedsionka z zastosowaniem dojścia dwuprzedsionkowego, następnie Jones i wsp. [2] opisali wiele korzyści wyływających z zastosowania tej techniki. Kyriakos [3] w 1997 r. zaproponował zmodyfikowane dwuprzedsionkowe dojście do guzów lewego przedsionka, polegające na wyznaczeniu obszaru wycięcia przegrody poprzez założenie od strony lewego przedsionka szwów wokół guza, które przekłuwał przez przegrodę do prawego przedsionka tak, aby oznaczyć strefę wycięcia guza w całości z marginesem tkanek. Odwrócone dwuprzedsionkowe cięcie T po raz pierwszy opisali Campanella i wsp. w 1990 r. [4]. To cięcie, wg autora, znacznie ułatwiało wizualizację struktur lewego przedsionka, w szczególności zastawki mitralnej przy konieczności jej naprawy u chorych z niepowiększonym lewym przedsionkiem, a także – zdaniem Morishita i wsp. [5] – ułatwiało wycięcie dużych śluzaków lewego przedsionka. Optymalna ekspozycja powoduje redukcję niepotrzebnych manipulacji i ułatwia wycięcie w całości guza bez jego fragmentacji, a w szczególnych przypadkach daje pełny wgląd do 4 jam serca. Jest to szczególnie istotne w przypadku współistnienia guzów w innych lokalizacjach w sercu oraz w przypadku współistnienia dodatkowych patologii, np. zastawki mitralnej.

### Podsumowanie

W opisanym przypadku mamy do czynienia z guzem o szerokiej podstawie, umiejscowionym w niepowiększonym lewym przedsionku, w trudnej lokalizacji pod żyłą główną górną, niedaleko podłużnej linii cięcia lewego przedsionka. W tym przypadku zastosowanie dwuprzedsionkowego odwróconego cięcia T pozwoliło na wycięcie w całości guza z onkologicznym marginesem tkanek przegrody międzyprzedsionkowej bez fragmentacji guza oraz



Ryc. 5. Następnie zszyto horyzontalnie lewy przedsionek i wertykalnie prawy

dało świetny wgląd do wszycia łąty z osierdzia w powstały pod żyłą główną górną ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej.

*Serdeczne podziękowanie dla Pani mgr Sylwii Łyczko-Zielony za przygotowanie rycin.*

### Piśmiennictwo

1. Kabbani SS, Cooley DA. Atrial myxoma. Surgical considerations. J Thorac Cardiovasc Surg 1973; 65: 731-737.
2. Jones DR, Warden HE, Murray GF, Hill RC, Graeber GM, Cruzzavala JL, Gustafson RA, Vasilakis A. Batrial approach to cardiac myxomas: a 30-year clinical experience. Ann Thorac Surg 1995; 59: 851-856.
3. Kyriakos R. Modified batrial approach for the surgical excision of left atrial myxomas. Ann Thorac Surg 1997; 64: 274-275.
4. Campanella C, Cameron E, Feilberg VL. Mitral prosthetic replacement in small left atria. Ann Thorac Surg 1990; 50: 836-837.
5. Morishita K, Fukada J, Abe T. Inverted T-shape batrial incision for large left atrial myxoma. J Card Surg 1997; 12: 112-115.