

NAŠE ZKUŠENOSTI S DIAGNOSTIKOU MYXOMŮ LEVÉ SÍŇE

Plk. MUDr. Fr. SEDLÁK, CSc., pplk. MUDr. B. ZEMAN, MUDr. V. ČERVENKA

Srdeční myxom je histologicky benigní nádor, ale jeho lokalizace a možnost embolizace mohou mít maligní dopad, tj. být příčinou velmi závažného a nakonec smrtícího průběhu. Jeho diagnóza je velmi obtížná a tím zůstává problematika srdečních myxomů stále aktuální. Rozhodli jsme se přispět k tomuto problému svými zkušenostmi. Předkládáme 3 kazuistiky:

První nemocný byl 46letý J. K. Z předchozího má význam jen údaj o vrozené lues. Vlastní onemocnění, jež trvalo celkem 6 měsíců, začalo únavou, nechutenstvím, poklesem na váze a subfebriliemi. Po dvou měsících, kdy teploty vystoupily až na 39 °C a začaly se objevovat třískovité hemorrhagie na prstech rukou, byl přijat do nemocnice s podezřením na bakteriální endokarditidu. K dosavadním potížím se postupně přidala dušnost — jednak trvalá, jednak záchvatovitá — a kachektizace. Dále se objevila zvýšená náplň krčních žil, na plicích oboustranně chrůpky a subicterus. Srdce bylo lehce pokleповě rozšířeno oběma směry, první ozva na hrotě byla výrazně akcentovaná, před ní suspektní presystolický šelest, játra byla tuhá, pokleповě 15 cm. Sedimentace kolísala od normálních do stovkových hodnot. V krevním obraze byla mírná anémie a přechodná leukocytóza, na EKG známky hypertrofie pravé komory, rentgen srdce a plic: oboustranné zvětšení komor, na plicích známky hypostázy.

Známky kardiální insuficience přetrvávaly přes podávání kardiotonik, teploty po podání antibiotik ustoupily, ale jinak se stav neměnil a nemocný za narůstající dušnosti zemřel.

Závěrečná klinická diagnóza:

Lues congenita, subakutní bakteriální endokarditida, pravostranné i levostranné srdeční selhávání.

Sekční diagnóza: myxoma cordis atrii sin., insuficiencia cordis chronica, embolisatio art. pulm.

Druhým nemocným byl 21letý voják T. P. Onemocnění začalo náhle celkovou nevlí, motorickým neklidem a zakrátko nato poruchou vědomí. Nemocný byl přijat na neurologické oddělení, kde bylo uvažováno o mozkovém edému nejasné etiologie, intoxikaci nebo o traumatu s akutním hematomem.

Nález interního konziliáře zněl: První ozva je nápadně zvukná, na ni navazuje hvízdavý systolický šelest s axilární propagací, druhá na hrotě oslabená, za ní diastolický šelest. Jinak byl fyzikální nález přiměřený.

Průběh onemocnění byl velmi prudký. Stav vitálních funkcí se progresivně zhoršoval, takže k exitu došlo za 20 hodin od přijetí.

V epikrizě vycházel klinik z nálezu kombinované mitrální vady a náhlou příhodu mozkovou hodnotil jako důsledek embolizace. Sekční nález upřesnil diagnózu takto: myxoma atrii sin., embolisatio tum. art. encephali.

Třetí nemocný byl 25letý J. V., který byl v průběhu minulého roku opakovaně hospitalizován na různých neurologických i interních odděleních. Diagnostické závěry zněly: záchvaty bezvědomí s následnými parézami, systémové cévní onemocnění, myokardiopatie s ložiskovým postižením srdce, hypertenzní choroba apod.

Na naše oddělení byl přijat pro spastickou pravostrannou hemiparézu s expresivní afazií, nejpravděpodobněji na podkladě embolizace ze srdce. Interní nález byl totiž následující: na srdci klapavá I. ozva, přídatný mitrální tón, hrubý valivý diastolický šelest s presystolickým zesílením, na prstech HK známky embolizací. Krevní tlak a puls v normálním rozmezí.

Pomocná vyšetření: SE kolísala od 40 do 100/hod., KO: anémie, leukocytóza až 16 000, na rtg mitrální tvar srdce s lehkou hypertrofií levé komory, v moči opakovaně bílkovina a Ery, EKG známky prodělaného zadního infarktu myokardu, hemokultury opakovaně sterilní.

Za pobytu na našem oddělení došlo několikrát k přechodnému zhoršení stavu se vzestupem krevního tlaku, s tachykardií a s edémem plic. Nemocný exitoval za příznaků nové mozkové příhody po šesti týdnech pobytu.

Závěrečná klinická diagnóza: Endocarditis bakt. lenta, nelze však vyloučit ani nádor srdce jako zdroj embolizací. Kombinovaná mitrální vada, spastická centrální pravostranná hemiparéza. **Sekční diagnóza:** Myxoma cordis atrii sin., embolisatio myxomatosis ad arter. encephali, renis et lienis, hypertrofie cordis prec. ventric. sin., oedema pulm.

Diskuse

Všichni tři naši nemocní měli myxom levé síně, který se vyskytuje v této lokalizaci podle písemnictví v 75–80 % [4, 8]. Srdeční myxom je obvykle stopkatý, s krevním proudem pohyblivý nádor, a tak může více či méně obturovat levé žilné ústí a být příčinou auskultačního nálezu, svědčícího pro mitrální vadu [5, 6, 7, 10]. Tímto způsobem lze vysvětlit i diagnos-

tické závěry u našich nemocných. Auskultační nález bývá do té míry sugestivní, že je indikováno chirurgické řešení chlopňové vady.

U obou našich nemocných, sledovaných delší dobu, byly zachyceny projevy periferní embolizace spolu se zvýšenými, někdy až septickými teplotami. Oba měli leukocytózu, zrychlenou sedimentaci a mírnou anémii. Diagnostická úvaha klinika byla tím zaměřena na bakteriální endokarditidu. Menší pozornost byla věnována skutečnosti, že antibiotická léčba neměla efekt a že hemokultivace byly stále sterilní. Paroxysmy dušnosti u prvního nemocného souvisely zřejmě s intermitentním uzávěrem levého žilního ústí stopkatým nádorem. Literatura (3,10) se navíc zmiňuje o nejasných synkopách a auskultačních nálezech mitrální vady, které se mění podle polohy nemocného. Jsou považovány za klíč ke správné diagnostické orientaci.

U nemocných s masivní embolizací a per akutním průběhem nebude pochopitelně možné využít těchto klinických poznatků. Diagnóza bude stanovována v těchto případech většinou i nadále až na pitevním stole (2).

Tam, kde to dovolí situace, je indikováno angiografické vyšetření, které může vyloučit či potvrdit přítomnost patologického útvaru v srdci. Angiografie není ovšem ani skrínigovou ani indiferentní metodou, které by bylo možno užít u všech nejasných kardiopatií s embolizačními projevy. V poslední době se doporučuje vyšetření ultrazvukem (1,9), které nemá prakticky kontraindikací a jehož dosavadní výsledky jsou podle literárních údajů velmi povzbudivé.

Závěr

Na myxom levé síně máme myslet při auskultačním nálezu mitrální vady bez revmatické anamnézy, jsou-li současně záchvaty dušnosti nebo nezvyklé synkopální stavy a známky periferní embolizace při negativních hemokultu-
rách a neúčinné antibiotické léčbě.

Literatura

1. Craige, E. et al.: Left Atrial Myxoma Arch. intern. Med., 129, 1972, č. 3, s. 470—474.
2. Drahozal, H. et al.: Méně obvyklá příčina rychle smrtící mozkové cévní příhody — embolie myxomu do cév zadní jámy mozkové. Voj. zdrav. Listy, 40, 1971, č. 1, s. 32—34.
3. Dvořák, L.: Myxom srdce v klinickém obraze. Čas. Lék. čes., 93, 1954, s. 523—525.
4. Gordon, J. B.: O příležitostné diagnostice periviscerální opuchlosti srdce. Klin. med., 51, 1973, č. 11, s. 138 až 141.
5. Goodwin John, F.: The Spectrum of Cardiac Tumors. Amer. J. Cardiology, 21, 1968, s. 367—375.
6. Greenwood, W. Frederick: Profil Atrial Myxoma. Amer. J. Cardiology, 21, 1968, s. 307—314.
7. Harwey, V. Proctor: Clinical Aspects of Cardiac Tumors. Amer. J. Cardiology, 21, 1968, s. 328—343.
8. Michno, L. E. et al.: Pervičnaja opuchlosti levogo predsrdia simulirujuščaja stenoz mitralnogo otvėrstvija. Vračebnoje dělo 1974, č. 3, s. 57—59.
9. Spencer, W. H. et al.: Detection of a Left Atrial Myxoma by Echocardiography. Arch. intern. Med., 128, 1971, č. 5, s. 787—789.
10. Učební texty VLVDÚ, Hradec Králové, 2. díl., str. 94 až 97, 1972.

Další literatura u autora