

TUMOR SRDCE JAKO PŘÍČINA DUŠNOSTI TŘINÁCTILETÉHO CHLAPCE

MUDr. Petr Pešák, MUDr. Antonín Gabera

Dětské oddělení Baťovy nemocnice Zlín

Autor uvádí kazuistiku srdečního tumoru, který zpočátku imitoval infekci dýchacích cest.

V prosinci roku 1999 byl přijat na naše oddělení 13letý chlapec asi tři týdny trvající febrilní stav s teplotami kolem 38°C spojený s kašlem, jehož hlavním problémem byl. Chlapec udával zvýšenou únavnost, zadýchal se při chůzi do schodů. Z tohoto důvodu bylo obvodním pediatrem vysloveno podezření na akutní respirační infekci a byla zahájena léčba roxitromycinem (Rulid). Stav se ani po týdenní léčbě neupravil, a proto byl proveden rtg snímek plic – viz obrázek 1. Rentgenologem popsán poněkud masivnější srdeční stín a zmnožení plicní kresby. Tentýž den zjistil ošetřující lékař na srdci systolický šelest, a proto dítě objednal do kardiologické ambulance našeho oddělení, kam pacient přišel za další dva dny. Vedoucím klinickým nálezem byl systolický šelest 3/6 s maximem na hrotě srdečním bez propagace. Šelest byl dobře slyšitelný jak vestoje, tak vleže. Poslechový nález na plicích byl normální, játra

i slezina nebyly zvětšeny. Vzhledem k teplotám a některým laboratorním parametrům – FW 47/86 mm/1 a 2 hod, CRP 53 mg/l, jsme pomýšleli na možnou myokarditidu. Z tohoto důvodu jsme ihned po přijetí zahájili léčbu antibiotiky – ceftazidimem (Fortum i. v.). Na EKG byl obraz hypertrofie levé síně a hypertrofie levé komory, A QRS + 100 st. Překvapením však bylo vyšetření echokardiografické. Zde jsme našli značně velký kulovitý tumor v levé siní velikosti 5,2×4,5 cm fixovaný na septum (obrázek 2). V diastole bylo patrné prolabování tumoru do mitrálního ústí, kde způsobovalo částečnou obstrukci (obrázek 3). Mitrální prstenec byl dilatován. Od dalších paraklinických vyšetření, jako je např. počítačová tomografie, jsme upustili a ještě tentýž den jsme domluvili překlad dítěte na specializované pracoviště – Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně. Druhý den po přijetí byla u chlapce provedena srdeční operace, při níž byl z levé síně odstraněn tumor velikosti 5×4,5 cm, který ji téměř celou vyplňoval. Histologicky byl hodnocen jako vaskularizovaný myxom. Pooperační průběh byl velmi dobrý, osmý pooperační den byl propuštěn do domácí péče. Chlapec absolvoval lázeňské doléčení a dočasně užíval digoxin. Prakticky za čtyři týdny po operaci začal chlapec navštěvovat normálně školu a byl trvale bez potíží. Vzhledem k tomu, že myxom je tumor, který má sklon k recidivám, byly nutné další kontroly, které chlapec absolvoval na CKTCH v Brně i u nás.

V současné době, kdy uplynuly tři roky od operace, není žádných známek recidivy. Chlapcova výkonnost je zcela normální, poslechový nález na srdci je fyziologický. Echokardiografický nález nevykazuje žádné postižení myokardu anatomické či funkční. Kazuistiku uvádíme jako jednu z možných příčin dušnosti a snížené výkonnos-

Obrázek 1. Rtg srdce a plic, CTI 0,50



Obrázek 2. Echokardiografie – kulovitý tumor levé síně



Obrázek 3. Echokardiografie – tumor v diastole prolabující do mitrálního ústí.



ti u dětí, kdy zpočátku může probíhat pod klinickým obrazem akutního respiračního infektu.

Chceme tím upozornit, že i u dětí je třeba při diferenciálně diagnostické rozvaze příčin dušnosti zvažovat příčiny kardiální. V tomto případě se vlastně jednalo o klinické projevy stenózy mitrálního ústí. Uplatňuje se zde hlavně syndrom hypertenze v malém oběhu s plicní kongescí. Vystupňováním tohoto stavu by byl plicní otok.

Obecně lze dle literárních údajů (2) říci, že srdeční tumory jsou u dětí, na rozdíl od dospělých, poměrně vzácné. Dělí se v podstatě na tumory primární a sekundární. Po stránce histologické pak na benigní a maligní. Histologicky benigní tumory se mohou chovat po stránce funkční maligně tím, že kompromitují struktury uvnitř srdce, blokují srdeční dutiny, chlopně či převodní systém, nebo komprimují srdeční struktury zvenčí.

Mezi primární tumory patří:

1. Rabdomyomy – tvoří asi 50 % všech tumorů srdce, bývají mnohočetné, dobře ohraničené, infiltrují srdeční sval. Mohou se vyskytnout kdekoli v srdci. Extenzivní infiltrace myokardu rabdomyomem – rabdomyomatóza – se projevuje jako kardiomyopatie. Až u 50 % pacientů je přítomna tuberózní skleróza spojená s mentální retardací a epileptickými záchvaty.

2. Fibromy – činí přibližně 25 % a postihují hlavně komorové septum a stěnu levé komory. Velké fibromy mohou obliterovat i prostor srdečních dutin, vzácně visí na stopce.

3. Myxomy – podílí se asi 10–15 % na počtu všech tumorů. Nejčastěji se objevují u větších dětí a adolescentů. Bývají jako solitární nádor nejčastěji v levé síni, méně často v síni pravé nebo v komorách. Nádor je měkký, laločnatý, želatinózní, žlutohnědé až červené barvy a vyrůstá ze stopky, nejčastěji ukotvené ve fossa ovalis. Mají tendenci k recidivám, event. embolizacím s pozdními následky.

4. Teratomy, hemangiomy, angiosarkomy, rabdomyosarkomy – tvoří zbytek primárních tumorů.

Literatura

1. Fernbach DJ, Teresa J. Clinical pediatric oncology, 4th edition. Mosby 1991.
2. Hučin B. Dětská kardiologie. Grada 2001.

Vedle primárních jsou to pak sekundární tumory, kam patří především lymfomy, neuroblastomy, infiltrace leukemoidní, event. metastázy jiných tumorů. Např. Wilmsův tumor může prorůstat přes dolní dutou žílu do pravé síně a připomínat síňový myxom. Maligní nádory představují asi 10 % tumorů u dětí.

Klinické projevy nádorů jsou odvozeny od jejich lokalizace, počtu a velikosti. Samotný myxom se projevuje symptomatickou trias: obstrukce, embolizace, systémové příznaky. Nejčastěji je to projev valvární obstrukce. Levostranná obstrukce plicních žil a mitrálního ústí se může projevit plicním edémem, arteriální plicní hypertenzí a nízkým srdečním výdejem. Potíže pacienta a klinický náález jsou závislé často na poloze pacienta. Myxom ukotvený na stopce může způsobovat dušnost až ztrátu vědomí v poloze vertikální, při poloze horizontální mohou potíže ustoupit. Embolizace se odvíjí podle umístění myxomu, to znamená buď do plic nebo do systémového řečiště. Může dojít k uzavření cév koronárních, renálních, končetinových apod. Celkové obtíže u myxomu má více než polovina pacientů. Bývají to teploty, zvýšená sedimentace (jako u našeho pacienta), ale také nevolnost, bolesti kloubů a svalů. Může být přítomna trombocytopenie a hypergamaglobulinémie. Nespecificky se může kterýkoliv tumor projevit šelestem srdečním, zužuje-li některá srdeční ústí či dutiny. Mohou se objevit také poruchy srdečního rytmu. Na EKG může být normální náález, ale i výrazné změny odpovídající intramurálnímu poškození od částečných až po úplné blokády raménkové, známky dilatace hypertrofie síní i komor, deviace osy QRS a abnormality ST úseku ve smyslu ischemických změn myokardu. Hlavní diagnostickou metodou je u srdečních nádorů echokardiografie. Lze ji doplnit dalšími metodami, jako je počítačová tomografie, magnetická rezonance či angiokardiografie. Indikací k operaci jsou především tumory symptomatické, projevující se obstrukcí nebo život ohrožující arytmií. Asymptomatické tumory se operují jsou-li velké, a to v místech dovolujících jejich bezpečné odstranění. Myxomy by měly být odstraněny vcelku i s velkou částí síňového septa v oblasti stopky nádoru.

3. Koutecký J, et al. Nádory dětského věku. Avicenum 1978.
4. Šamánek M, et al. Dětská kardiologie. Avicenum 1985.