

Několik poznámek k problematice infikovaného myxomu – editorial

B. Fischerová

I. interní kardio-angiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny Brno, přednosta prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

Surovčík R et al. Infikovaný myxom jako příčina akutní endokarditidy. Vnitř Lék 2010; 56(2): 154–156.

Známost skutečností je, že nejčastější z benigních tumorů srdce je myxom. Případy, kdy dojde k infikování myxomu, jsou vzácné – bývá nalezen u 0,0017 – 0,33 % neselektovaných autopsií [1]. Projevy tohoto onemocnění jsou pak velmi variabilní, proto stanovení diagnózy bývá obtížné a často se na něj zpočátku nemyslí. Zároveň se jedná o velmi závažný a život ohrožující stav, proto je důležité si jej připomenout.

Myxomy se nejčastěji nacházejí v levé síni (75 % případů), ve 20 % v pravé síni, často u fossa ovalis, mohou prolabovat přes foramen ovale, méně často (v 5 % případů) bývají v levé nebo pravé komoře. Mohou se vyskytovat v každém věku, i když nejčastěji se s nimi setkáváme mezi 30. a 60. rokem života, spíše u žen. V 10 % případů se vyskytují familiárně. Histopatologie myxomu není zcela jednoznačná, ale pravděpodobně má původ v embryonální subendokardiální mezenchymové tkáni. Mikroskopicky je tento tumor tvořen hvězdovitými buňkami s dlouhými výběžky, obklopenými hlenovitou tekutinou. Myxomy jsou kryty endotelem, na který může nasedat trombus. Popisované struktury jsou křehké, mohou se oddrolovat s následnou periferní embolizací [2]. Případná infekce myxomu je, jak již bylo uvedeno, poměrně vzácná – Leone v roce 2007 udává 53 popisovaných případů v databázi MEDLINE [3].

Symptomatologie myxomů je pestrá – prezentují se typickou triádou:

1. známkami intrakardiální obstrukce (s možnou obturací mitrálního ústí nebo ústí plicních žil)
2. příznaky embolizace do velkého oběhu – nejčastěji do centrálního nervového systému s nejrůznějšími projevy neurologického deficitu (jsou ale možné i embolizace do ledvin, koronárních arterií, do končetinových tepen)
3. systémovými projevy (febrilie, únava, váhový úbytek, artralgie, anemizace apod.)

Posledně uvedené celkové symptomy ještě nemusí nutně znamenat infekci myxomu, přesto by při jejich výskytu měl lékař na tuto možnou komplikaci pomyslet [4].

Diagnostika infikovaného myxomu je poměrně složitá. V laboratorním nálezu bývá anémie, leukocytóza, trombocytémie, zvýšené hladiny CRP a imunoglobulinů, zvláště třídy IgG. Je důležité nezapomenout na odběr hemokultur, provést toto vyšetření správnou technikou, opakovaně a pokud možno ještě před nasazením antibiotika. V literárním přehledu 53 dokumentovaných kazuistik infikovaných myxomů jako mikrobiální agens dominují jednoznačně různé druhy streptokoků (49 %), z toho nejčastěji *Streptococcus vi-*

ridans (18 %), na druhém místě je *Staphylococcus aureus* (15 %), *Enterococcus faecalis* je referován v 9 % případů [3]. Dominantní zobrazovací metodou je echokardiografie – transtorakální a zvláště transezofageální, ve dvou- nebo v poslední době i trojrozměrném zobrazení. Myxom se jeví jako hyperechogenní pohyblivá struktura, většinou sytá, nepravidelného tvaru. Je možné určit lokalizaci tumoru, jeho velikost, vztah k ostatním srdečním strukturám i důsledky jeho přítomnosti (obstrukce nebo poškození chlopně – je možný současný výskyt infikovaného myxomu s infekční endokarditidou chlopně) [5]. Výpočetní tomografie (CT) a nukleární magnetická rezonance umožňují upřesnit intrakardiální lokalizaci tumorů, eventuálně jejich vztah k okolním strukturám. Oproti tomu nálezy EKG a RTG vyšetření hrudníku jsou nespecifické. Při koronarografii je možné zjistit známky embolizace tumorózních hmot do koronárních arterií [6].

Diferenciálně diagnosticky bývá obtížné rozlišit myxom od jiných intrakardiálních tumorů nebo od trombu. Echokardiografická kritéria sice existují (myxom by měl být lokalizován spíše u fossa ovalis, mobilní, skvrnitý, ostře ohraničený, chlopeň nebývá porušena, oproti tomu trombus je neostře ohraničený, vychází spíše z auriculy nebo z poškozené chlopně), ale v praxi bývá

odlišení obtížné. Klinický obraz infikovaného myxomu se velmi podobá infekční endokarditidě, takže definitivní diagnózu většinou přinese až histologické vyšetření excidovaného materiálu.

Terapie je jednoznačně chirurgická – spočívá v totální extirpaci tumoru, odstranění všech infikovaných mas, event. náhradě nebo plastice postižené chlopně. Operace by měla být vzhledem k riziku embolizačních komplikací provedena co nejdříve. Samozřejmě je současná intenzivní antibiotická intravenózní léčba jako u všech případů

infekční endokarditidy. Protože myxomy mohou recidivovat, je nutné po operaci provádět pravidelné echokardiografické kontroly.

Literatura

1. Gregory SA, O'Byrne WT, Fan P et al. Infected cardiac myxoma. Echocardiography 2004; 21: 65–67.
2. Libby P, Bonow OR, Mann DL et al. Braunwald's Heart Disease. 8th ed. 2008: 1815–1822.
3. Leone S, dell'Aquila G, Giglio S et al. Infected atrial myxoma: case report and literature review. Infez Med 2007; 15: 256–261.

4. Falasca K, Ucciferri C, Mancino P. Infected atrial myxoma: a rare cause of fever. Infez Med 2008; 16: 40–42.

5. Vogt PR, Jenni R, Turina MI. Infected left atrial myxoma with concomitant mitral valve endocarditis. Eur J Cardiothorac Surg 1996; 10: 71–73.

6. Mažárová A, Marek D, Kociánová E. Akutní infarkt myokardu u pacienta s anamnézou infekční endokarditidy. Vnitř Lék 2005; 51: 93–96.

as. MUDr. Blanka Fischerová, Ph.D.

www.fnusa.cz

e-mail: blanka.fischerova@fnusa.cz

Doručeno do redakce: 25. 1. 2010

www.klinickaonkologie.cz