

Recidíva karcinómu maternice intrakavitárnou metastázou pravej komory po jedenástich rokoch

¹PETER GERGELY, ²LADISLAV GERGELY, ⁴IGOR RIEČANSKÝ, ¹GABRIEL SOJKA,
¹JÁN KRISTOF, ³PETER VERCHOVODKO, ⁵TOMÁŠ MINÁRIK
Levice, Slovenská republika, Písek, Česká republika, Bratislava, Slovenská republika

GERGELY P, GERGELY L, RIEČANSKÝ I, SOJKA G, KRISTOF J, VERCHOVODKO P, MINÁRIK T. Recidíva karcinómu krčka maternice intrakavitárnou metastázou pravej komory po jedenástich rokoch. *Cardiol* 2008;17(1):46–49

Kardiálne tumory sa rozdeľujú na primárne a sekundárne, pričom sekundárne sa vyskytujú 20 až 40-krát častejšie v porovnaní s primárnymi kardiálnymi tumorami.

Článok prezentuje prípad pacientky so sekundárnym tumorom pravej komory srdca, diagnostikovaného ako metastáza karcinómu krčka maternice jedenásť rokov od hysterektómie a rádioterapie primárneho nádoru.

Pacientka bola vyšetrená dostupnými metódami, t. j. okrem základného klinického a laboratórneho vyšetrenia transtorakálnou echokardiografiou, špirálovým CT a ako posledná sa vykonala histologizácia procesu.

Vďaka okamžitej diagnostike a kooperácii s kardiochirurgom u pacientky sme odstránili bezprostredné ohrozenie života, následne absolvovala osem cyklov chemoterapie a rádioterapiu na oblasť retroperitonea, pričom k decembru 2007 je jej stav stabilizovaný.

Kazuistika potvrdila, že najlepšiu prognózu majú tí pacienti so sekundárnymi malignitami srdca, u ktorých bolo možné radikálne odstránenie primárneho tumoru.

Kľúčové slová: karcinóm krčka maternice – intrakavitárna metastáza

GERGELY P, GERGELY L, RIEČANSKÝ I, SOJKA G, KRISTOF J, VERCHOVODKO P, MINÁRIK T. Recurring uterine cancer eleven years after, via intracavitary right ventricular metastasis. *Cardiol* 2008;17(1):46–49

Cardiac tumors are divided into primary and secondary, the secondary occurring 20 to 40 times more often compared to the primary cardiac tumors.

The article presents the case of a patient with secondary cardiac tumor of the right ventricle, diagnosed as a metastasis of uterine cancer, 11 years after hysterectomy and radiotherapy of the primary tumor.

The patient was examined using available techniques i. e., besides the basic clinical and laboratory investigations, by transthoracic echocardiography, spiral CT, with histology being the last step.

Thanks to prompt diagnostics and cooperation with a cardiac surgeon, the patient was freed from the immediate threat to life, subsequently has undergone 8 cycles of chemotherapy and radiotherapy of the retroperitoneal region, with her state being stable in December 2007.

The case report supports the notion that the patients with the best prognosis are those with secondary cardiac tumors in whom a radical removal of the primary tumor is possible.

Key words: Uterine cancer – Intracavitary metastasis

Kardiálne tumory (KT) rozdeľujeme na primárne a sekundárne. Sekundárne KT sú 20 až 40-krát frekvencovanejšie ako primárne KT (1 – 3).

Incidencia primárnych KT v autoptických nálezoch široko varíruje od 0,002 % vo všeobecných nemocniciach až po 0,3 % v terciárnych centrách (1). Približne 80 % KT je benígneho pôvodu. U dospelých sa asi 85 % benígnych KT zaraďuje medzi myxómy (50 %), lipomatózne tumory, papilárne fibroelastómy. Aj napriek benígnemu

histologickému charakteru ohrozujú pacienta poruchami rytmu, embolizačnými komplikáciami, poruchami hemodynamiky, alebo srdcovým zlyhaním. Z primárnych malígnych tumorov patria medzi najčastejšie angiosarkómy, rabdomyosarkómy, mezoteliómy, fibrosarkómy. Sekundárne KT (vrátane infiltrácie perikardu) sú prítomné asi v 10 – 15 % autopsií u pacientov s generalizovaným karcinómom (CA). Väčšina malígnych KT môže metastázovať do srdca, 52 % z metastáz je lokalizovaných v perikarde, 42 % v myokarde a 6 % v endokarde. Kardiálna manifestácia sa často prehliada a nesprávne interpretuje medzi inými závažnými problémami terminálnej malignity. To je i dôvod, prečo sa diagnóza určuje až na základe autopsie. Najčastejšie metastázujúce CA do perikardu sú bronchogénny CA, CA prsníka, CA žalúdka a pažeráka. Malignity najčastejšie metastázujúce do myoendokardu sú melanómy, sarkómy, hepatocelulárny CA

Z ¹Interného oddelenia Nemocnice s Poliklinikou Levice n. o., ²Interného oddelenia Nemocnice Písek a. s., Česká republika, ³Kliniky srdcovej chirurgie Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb v Bratislave, ⁴Kardiologickej kliniky Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb v Bratislave a ⁵Národného onkologického ústavu v Bratislave, Slovenská republika

Adresa pre korešpondenciu: MUDr. Peter Gergely, Angiologická a Kardiologická ambulancia, Interné oddelenie NsP Levice n. o., ul. SNP 19, 934 01 Levice, Slovenská republika, e-mail: gergelypeter@pobox.sk

a CA krčka maternice. Intrakavitárne metastázy progresívne obliterujú srdcovú dutinu, respektíve zapríčiňujú stenotizáciu vtokového alebo výtokového traktu dutiny. Paliatívnym chirurgickým odstránením intrakavitárneho sekundárneho nádoru sa zlepšuje kvalita života a tento sa predlžuje. V článku sa zaoberáme recidívou karcinómu krčka maternice intrakavitárnou metastázou pravej komory po jedenástich rokoch od hysterektómie a rádioterapie.

Opis prípadu

59-ročnú pacientku po hysterektómii a adnexektómii v roku 1995 pre CA cervicis uteri prijali na Interné oddelenie NsP Levice pre suspektnú embolizáciu do arteria pulmonalis (AP). Subjektívne asi päť mesiacov pretrvávajú subfebrílie, suchý kašeľ, postupne sa zhoršuje tolerancia námahy, schudla asi 9 kg. Ťažkosti sa za posledné dva týždne výrazne zhoršili, pridali sa ostré pichavé bolesti pod pravým rebrovým oblúkom a febrilita do 39 °C.

V objektívnom náleze tachykardia o frekvencii asi 100/min, pleurálny treť šelest vpravo bazálne, bez klinických známk flebotrombózy, na EKG hraničná sínusová tachykardia bez známk preťaženia pravej komory (PK), RTG pľúc bez závažnejšieho nálezu.

V laboratórnych vyšetreniach vysoká zápalová aktivita (CRP 308,4 mg/l), ľahká elevácia hepatálnych testov, hyperkoagulačný stav (fibrinogén 6,9 g/l, D-Dimér pozitívny).

Počas hospitalizácie podávané parenterálne antibiotiká (ATB), analgetiká a nízkomolekulárny heparín v plnej terapeutickej dávke s miernym zlepšením stavu. Na tretí deň hospitalizácie echokardiografia (ECHOKG) s nálezom dvoch laločnatých mäs v dutine PK, jedna parciálne nasadá na interventrikulárne septum, druhá je vysoko mobilná a zasahuje až do výtokového traktu PK. Trombotické masy takmer vyplňajú dutinu PK, stenotizujú vtokový trakt PK, čiastočne prolabujú cez trikuspidálnu chlopňu a majú vysoký embolizačný potenciál. Dilatovaná PK (40 mm) a pravá predsieň, trikuspidálna regurgitácia I/IV s ľahkou pľúcnou hypertenziou, detegovaný embolus v odstupe pravej arteria pulmonalis (AP) (obrázky 1 a 2). Následne CT angiografia (CTAG) AP, ktorá potvrdila nález tumoru v oblasti pravej komory stenotizujúceho vtokovú časť PK a masívnu embolizáciu do pravej AP (obrázky 3 a 4). Pacientka urgentne preložená na oddelenie Koronárnej starostlivosti Kardiologickej kliniky NÚSCH Bratislava. Vzhľadom na progresiu stavu sa indikovalo operačné riešenie. Vykonaná extirpácia in toto tumoru (TU) z PK, parciálna embolektó-



Obrázok 1 Transtorakálna echokardiografia v subxifoidálnej projekcii, nález tumoróznej masy v dutine pravej komory

Figure 1 Transthoracic echocardiography in subcostal view show tumor mass in right ventricle

T – tumorózne masy (Tumor mass), LK – ľavá komora (Left ventricle), PK – pravá komora (Right ventricle), Ao – aorta, Hepar – pečeň (Liver)

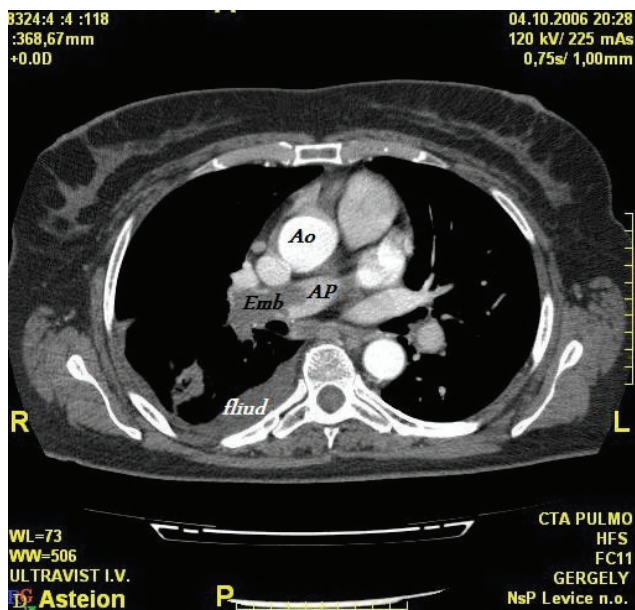


Obrázok 2 Transtorakálna echokardiografia v subxifoidálnej projekcii, nález tumoróznej masy v dutine pravej komory

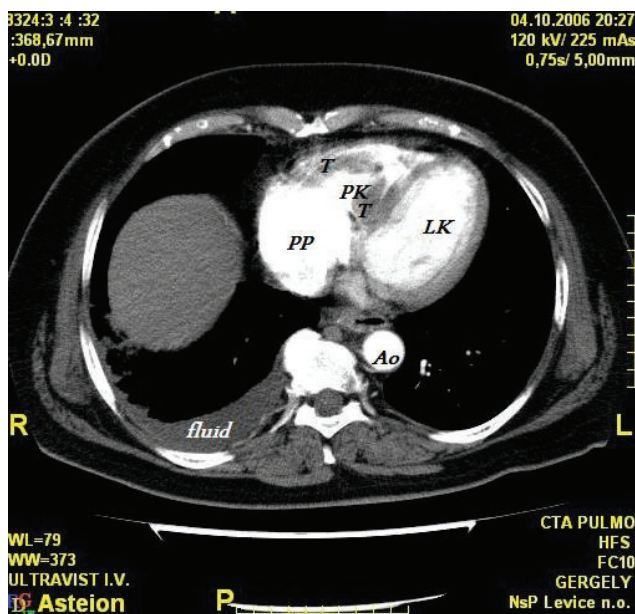
Figure 2 Transthoracic echocardiography in subcostal view show tumor mass in right ventricle

T – tumorózne masy (Tumor mass), LK – ľavá komora (Left ventricle), PK – pravá komora (Right ventricle), AP – arteria pulmonalis (Pulmonary artery), RVOT – výtokový trakt pravej komory (Right ventricular outlet tract), Hepar – pečeň (Liver)

mia a plastika trikuspidálnej chlopne. V skorom pooperačnom období vazopresorická podpora s postupnou úpravou, následne pacientka normotenzná, normourická, bez febrilit s dobrou hojivosťou operačných rán, postupná rehabilitácia. Histologické vyšetrenie dokazuje skvamózny CA s výraznou celulárnou a nukleárnou pleomorfou, fokálnou monocelulárnou keratinizáciou, pravdepodobne metastatická genéza z predchádzajúceho CA cervicis uteri. Na staging ochorenia vykonané PET CT, ktoré preukázalo metastatické postihnutie lymfatických uzlín (LU) v mediastíne a v retroperitoneu, najväčší pa-



Obrázok 3 CTAG arteria pulmonalis nález masívnej embólie do arteria pulmonalis l. dextra
Figure 3 CTAG pulmonary artery finding massive embolisation in right pulmonary artery
 CT – počítačová tomografia (Computer tomography), AG – angiografia (Angiography), Emb – embólia (Embolisation), Ao – aorta, AP – arteria pulmonalis (Pulmonary artery), fluid – fluidotorax (Fluidotorax)



Obrázok 4 CT nález laločnatých tumorózných mäs v dutine pravej komory
Figure 4 CT finding tumor mass in right ventricle
 CT – počítačová tomografia (Computer tomography), T – tumorózne masy (Tumor mass), LK – ľavá komora (Left ventricle), PP – pravá predsieň (Right atrium), PK – pravá komora (Right ventricle), Ao – aorta, fluid – fluidotorax (Fluidotorax)

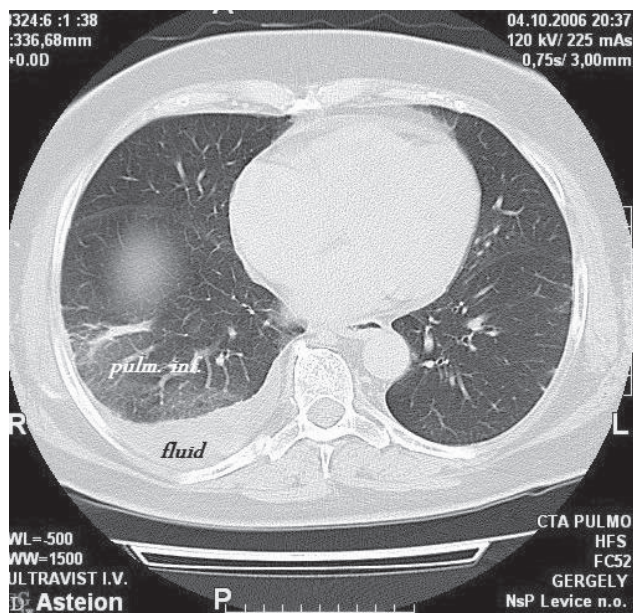
ket LU ventrálné od VCI (32 x 32 mm). Stav bol konzultovaný na onkologickom a onkogynekologickom seminári

s jednoznačným záverom – ide o intrakavitárnu metastázu PK z primárneho CA cervicis uteri po jedenástich rokoch, bez lokálnej recidívy s metastatickým postihnutím LU v oblasti retroperitonea a mediastína. Pacientka bola preložená na NOÚ Klenová, Bratislava. Podávaná chemoterapia (CHT) – Ifosfamid, Cisplatina, po prvom cykle rehospitalizácia pre akútnu renálnu insuficienciu, bez potreby hemodialýzy, po druhom až ôsmom cykle CHT recidívy infektov močových ciest (IMC), nevyhnutnosť parenterálnych ATB, závažná leukopénia a anémia ťažkého stupňa s potrebou opakovaného podávania rekombinantného faktora stimulujúceho granulocyty kolónie (rG CSF) a hemosubstitúcie. Následne rádioterapia na oblasť retroperitonea v kumulatívnej dávke 45Gy. Opäť stav komplikovaný septickým stavom pri dlhodobom periférnom venóznom katétri, abscesom v oblasti operačnej rany po torakotómii a výraznou encefalopatiou pri nadužívaní analgetík (tramadol). Po parenterálnej rehydratácii, parenterálnych ATB, incízii abscesu, výrazné zlepšenie a stabilizácia stavu. V decembri 2007 (14 mesiacov od prijatia na Interné odd. NsP Levice) bol stav pacientky klinicky dobrý a stabilizovaný, pacientka bola mobilná, tolerovala bežnú záťaž, séria kontrolných CT vyšetrení preukázala regresiu MTS postihnutia LU (prekaválna LU je skolikvovaná, regredovala z 32 mm na 20 mm). Pacientka je sledovaná v trojmesačných intervaloch echokardiograficky bez recidívy tumoru a trombov v dutinách s postupnou úpravou dilatácie PK (zo 40 na 28 mm), regresiou pľúcnej hypertenzie a trikuspidálnej regurgitácie (systolický tlak v AP z 55 na 38 mmHg).

Diskusia

Incidencia sekundárnych KT je podstatne častejšia ako primárnych. Vo väčšine prípadov sú sekundárne KT diagnostikované post mortem. V súbore 407 autopsií so sekundárnymi KT bolo postihnutie perikardu a epikardu v 52 %, myokardu v 42 % a iba v 6 % bol postihnutý endokard (4). Autoptické štúdie preukázali incidencia kardiálnych metastáz pri CA cervicis uteri medzi 3 – 4 % (5). Do roku 1993 boli v dostupnej svetovej literatúre opísané len dve kazuistiky intrakavitárnych metastáz karcinómu krčku maternice, diagnostikovaných ante mortem (6). Prognóza týchto pacientok bola extrémne zlá. Aj napriek chirurgickej intervencii, agresívnej CHT a rádioterapii, pacientky exitovali do šesť mesiacov od stanovenia diagnózy intrakavitárnej metastázy. Ďalší podobný prípad bol publikovaný v roku 2006. Išlo o 63-ročnú pacientku s CA cervicis uteri, vyšetrovanú pre únavu a dyspnoe. Echokardiografia detegovala tumorózne masy

v dutine PK, následne extirpácia TU z dutiny PK. Onkologická stratégia nebola v publikácii bližšie spomenutá. Pacientka exitovala o štyri mesiace po chirurgickom zákroku (7). Prvou manifestáciou u našej pacientky bolo asi päť mesiacov progredujúce dyspnoe, echokardiografia detegovala tumorózne masy takmer úplne vyplňajúce dutinu PK, stenotizujúce trikuspidálnu chlopňu, detegovaný embolus v odstupe pravej AP s ľahkou pľúcnou hypertenziou (obrázok 5). CTAG diagnózu potvrdila. Do



Obrázok 5 CT nález pľúcneho infarktu

Figure 5 CT finding pulmonary infarction

CT – počítačová tomografia (Computer tomography), fluid – fluidotorax (Fluidotorax), pulm. inf. – pľúcny infarkt (Pulmonary infarction)

úvahy pripadali tromby v dutine PK, eventuálne TU PK. Pre progresiu stavu nebol časový priestor na ďalšiu diagnostiku, následne extirpácia tumorózných mäs z dutiny PK, parciálna embolektómia a plastika trikuspidálnej chlopne.

Histologické vyšetrenie dokazuje intrakavitárnu MTS z predchádzajúceho skvamózneho Ca cervicis uteri, pre ktorý sa pred jedenástimi rokmi uskutočnila hysterektómia a adnexektómia s následnou rádioterapiou (pacientka v roku 1996 CHT neabsolvovala – podľa vtedajších odporúčaní nebola CHT indikovaná v tomto štádiu ochorenia – WHO IB-II). PET CT detegovalo metastatické postihnutie lymfatických uzlín (LU) v mediastíne a v retroperitoneu. Pacientka

absolvovala osem cyklov CHT (Ifosfamid, Cisplatina) s následnou rádioterapiou. Celkový priebeh onkologickej liečby komplikovali najmä opakované infekty močových ciest s neskorším vývojom chronickej renálnej insuficiencie, klinický stav pacientky je stabilizovaný.

Záver

V praxi sa v problematike malignít srdca stretávame najčastejšie s perikardiálnym výpotkom. Cieľom článku je informovať o menej častej lokalizácii postihnutia srdca malignitou. V kazuistike referujeme o recidíve karcinómu maternice intrakavitárnou metastázou v PK. Pacientka bola na základe rýchlej diagnostiky a kooperácie s kardiochirurgom zbavená bezprostredného ohrozenia života, do budúcnosti zostáva otázná ďalšia onkologická stratégia a prognóza, aj keď sa doposiaľ stav pacientky javí stabilizovaný. Kazuistika potvrdila, že najlepšiu prognózu majú tí pacienti so sekundárnymi KT, u ktorých bolo možné radikálne odstrániť primárny TU (8).

Literatúra

1. Tábořská K, Linhart A. Nádory srdce. In: Aschermann M, et al. Kardiologie. Praha: Galén 2004:1059–1075.
2. Prichard RW. Tumors of the heart: review of the subject and report of one hundred and fifty cases. Arch Pathol 1951;51:98–128.
3. De Loach JF, Haynes JW. Secondary tumors of heart end perikardium: review of the subject and report of one hundred thirty seven cases. Arch Intern Med 1953;91:224–249.
4. Senzaki H, Uemura Y, Yamamoto D, et al. Right intraventricular metastasis of squamous cell carcinoma of the uterine cervix: An autopsy case and literature review. Pathol Int 1999;49:447–452.
5. Weiss L. An analysis of the incidence of myocardial metastasis from solid cancers. Br Heart J 1992;68:501–504.
6. Kountz DS. Isolated cardiac metastasis from cervical carcinoma: Presentation as acute anteroseptal myocardial infarction. South Med J 1993;86:228–230.
7. Gongora Ferraz JG, Mylonas Martins AL, De Souza JF, et al. Metastatic tumor of squamous cell carcinoma from uterine cervix to heart: ante-mortem diagnosis. Arq Bras Cardiol 2006;87:66–78.
8. Poole GV, Meredith JW, Breyer RH, Mills SA. Surgical implications in malignant cardiac disease. Ann Thorac Surg 1983;36:484–491.