

# Concomitanza di mixoma atriale sinistro e fibrillazione atriale in pazienti con embolia periferica

Elisabetta Cerè, Alessandro Lombardi, Simonetta Vinelli, Giuseppe Di Pasquale

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale di Bentivoglio, Azienda USL Bologna Nord, Bentivoglio (BO)

*Key words:*

Atrial fibrillation;  
Myxoma;  
Peripheral embolism.

**In the present article, 2 cases of left atrial myxoma and peripheral embolism in patients with concomitant paroxysmal or permanent atrial fibrillation are reported. In both cases, the embolic event was considered to be related to atrial fibrillation and the diagnosis of atrial myxoma was established later on at echocardiography. In view of the above, transesophageal echocardiography should be always performed after an embolic event, even in patients with established atrial fibrillation.**

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (2): 232-234)

© 2002 CEPI Srl

Ricevuto il 19 luglio 2001; nuova stesura il 25 settembre 2001; accettato il 17 ottobre 2001.

*Per la corrispondenza:*

Dr.ssa Elisabetta Cerè

Unità Operativa  
di Cardiologia  
Ospedale di Bentivoglio  
Azienda USL  
Bologna Nord  
Via Marconi, 35  
40010 Bentivoglio (BO)  
E-mail: elic65@libero.it

## Introduzione

I tumori cardiaci sono patologie di raro riscontro nella pratica clinica cardiologica e possono essere primitivi o secondari. I tumori primitivi hanno un'incidenza compresa fra 0.0017 e 0.28% nelle serie autoptiche e nel 75% dei casi si tratta di tumori benigni<sup>1</sup>. Il mixoma è il tumore cardiaco più frequente, rappresenta il 50% di tutte le neoplasie benigne primitive; nel 75% si sviluppa nell'atrio sinistro in prossimità della fossa ovale, nel 15% nell'atrio destro, nel 5-10% nel ventricolo sinistro<sup>2</sup>; in rari casi (5%) vi possono essere lesioni multiple nell'ambito di forme familiari sindromiche<sup>3</sup>.

Il mixoma ha sempre posto notevoli problemi diagnostici per la variabilità e l'assenza di specificità dei sintomi e dei segni clinici che sono dipendenti dalle dimensioni della massa, dalla sede di impianto e dalle caratteristiche istologiche. Il riscontro di mixoma atriale sinistro avviene spesso in occasione di valutazione ecocardiografica transtoracica o transesofagea eseguita dopo stroke o embolia periferica inspiegati.

Di seguito riportiamo 2 casi clinici, presentatisi alla nostra osservazione, di mixoma atriale sinistro ed embolia periferica. In entrambi i casi la diagnosi di mixoma è avvenuta solo tardivamente a causa della concomitanza di una patologia cardiaca emboligena molto più comune quale la fibrillazione atriale (FA), ritenuta responsabile in entrambi i casi dell'evento embolico periferico.

## Descrizione dei casi

**Caso 1.** S.G., 70 anni, maschio, ex forte fumatore, affetto da ipertensione arteriosa in terapia con ACE-inibitori e diuretici, moderata ipercolesterolemia, arteriopatia obliterativa agli arti inferiori. Dal 1994 era presente FA permanente. Nell'ottobre 1996 per un episodio di embolia all'arto inferiore destro era stato sottoposto ad intervento di embolectomia mediante procedura di Fogarty; l'ecocardiogramma transtoracico era indicativo di cardiopatia ipertensiva con insufficienza mitralica di grado lieve. Nel giugno 1997 per un nuovo episodio di embolia all'arto inferiore sinistro veniva nuovamente sottoposto ad embolectomia; da questo momento viene iniziata terapia anti-coagulante orale con warfarin.

Sostanziale benessere soggettivo fino all'inizio del 1998 quando compare dispnea da sforzo ingravescente. Giunto alla nostra osservazione, l'ecocardiogramma transtoracico evidenziava una massa atriale sinistra ed insufficienza tricuspoidale di grado moderato-severo (Fig. 1); l'ecocardiografia transesofagea confermava la presenza della massa atriale sinistra (dimensioni 47 × 45 mm), adesa alla porzione inferiore del setto interatriale, con larga base di impianto, ostruente l'orifizio mitralico, determinando così una stenosi mitralica funzionale di grado severo. Alla coronarografia le arterie coronarie risultavano angiograficamente indenni. Il paziente veniva sottoposto ad intervento cardiocirurgico di exeresi della massa e plastica chirurgica



Aritmie e disturbi della conduzione possono inoltre verificarsi con discreta frequenza dopo intervento di exeresi del tumore per possibile trauma chirurgico del tessuto specifico; l'incidenza riportata varia dal 9 al 33%<sup>4,6,10-12</sup>. Non sembrano esserci differenze significative nel tipo e nella durata delle aritmie nel postoperatorio in funzione della via chirurgica di accesso (approccio transtettale o biatriale); nei casi di tumore di grandi dimensioni la frequenza di aritmie sembra essere verosimilmente legata ad una maggior manipolazione cardiaca per l'asportazione completa della massa tumorale<sup>4</sup>.

La FA anche nella sua forma non valvolare comporta un elevato rischio di stroke e tromboembolia sistemica. Il riscontro di FA parossistica o permanente in un paziente con embolia periferica costituisce un'indicazione assoluta alla profilassi anticoagulante orale<sup>13</sup>. L'ecocardiografia transtoracica o transesofagea non è sicuramente necessaria per la decisione terapeutica. Va tuttavia tenuta presente la possibilità che eventi embolici cerebrali o periferici che si verificano in associazione alla FA possano non essere causalmente ad essa correlati. In circa un terzo dei casi di stroke o tromboembolie periferiche che si verificano nei pazienti con FA il meccanismo causale non è quello della trombosi atriale/auricolare sinistra secondaria alla FA. Lesioni cardiache coesistenti, placche aortiche complicate, e malattia carotidea associata in caso di stroke, possono costituire il meccanismo causale dell'evento embolico verificatosi in corso di FA<sup>14-17</sup>.

Il messaggio che deriva da queste considerazioni, supportate dai 2 casi giunti alla nostra osservazione, è l'opportunità di eseguire sempre un ecocardiogramma dopo un episodio di embolia cerebrale o periferica, anche nei pazienti con documentata FA. Lo studio ecocardiografico è particolarmente indicato allorché l'evento tromboembolico si sia verificato in corso di profilassi anticoagulante orale condotta a livelli terapeutici. L'approccio iniziale può essere rappresentato dall'ecocardiografia transtoracica, metodica a basso costo e facilmente disponibile. In considerazione della maggiore accuratezza diagnostica per l'identificazione di fonti cardiovascolari emboligene clinicamente silenti, la metodica transesofagea dovrebbe essere di scelta nel sospetto di masse intracavitare qualora l'approccio transtoracico sia inadeguato, vi sia necessità di informazioni aggiuntive e dettagliate oppure quando si è in presenza di una discrepanza clinica strumentale<sup>18</sup>.

## Riassunto

Vengono descritti 2 casi di mixoma atriale sinistro esorditi entrambi con embolia periferica in pazienti con fibrillazione atriale permanente o parossistica. In entrambi i casi la diagnosi di mixoma è stata effettuata solo tardivamente, mediante ecocardiogramma transtoracico e transesofageo, dal momento che gli eventi embolici erano stati correlati alla fibrillazione atriale con conseguente inizio di terapia anticoagulante orale.

Il messaggio che deriva da queste osservazioni è quello dell'opportunità di eseguire sempre un ecocardiogramma transesofageo dopo un episodio tromboembolico, anche nei pazienti con documentata fibrillazione atriale.

*Parole chiave:* Embolia periferica; Fibrillazione atriale; Mixoma.

## Bibliografia

1. Colucci WS, Schoen FJ, Braunwald E. Primary tumors of the heart. In: Braunwald E, ed. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1997: 1464-77.
2. McAllister HA. Primary tumors of the heart and pericardium. *Curr Probl Cardiol* 1979; 4: 1-51.
3. Carney JA. Carney complex: the complex of myxomas, spotty pigmentation, endocrine overactivity and schwannomas. *Semin Dermatol* 1995; 14: 90-8.
4. Tiraboschi R, Terzi A, Merlo M, Procopio A. Mixoma dell'atrio sinistro. Aspetti clinici e chirurgici in 26 casi operati. *Ital Heart J Suppl* 2000; 1: 797-802.
5. Fernandes F, Soufen HN, Ianni BM, Arteaga E, Ramirez FJA, Mady C. Primary neoplasms of the heart. Clinical and histological presentation of 50 cases. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76: 231-7.
6. Pinede F, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine* 2001; 80: 159-72.
7. Yufe R, Karpati G, Carpenter S. Cardiac myxoma: a diagnostic challenge for the neurologist. *Neurology* 1976; 26: 1060-5.
8. Goodwin JF. The spectrum of cardiac tumors. *Am J Cardiol* 1987; 21: 314-7.
9. Vanleeuw P, Calozet Y, Eucher P, Rubay J, Schoevaerdts JC. Cardiac myxoma. *Cardiovasc Surg* 1993; 1: 654-6.
10. Bateman TM, Gray RJ, Raymond MJ, et al. Arrhythmias and conduction disturbances following cardiac operation for the removal of left atrial myxomas. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86: 601-7.
11. Paelinck BP, Vermeersch PH, Covens CG, van Cauwelaert PA, van den Branden FL. Cardiac myxoma in 13 patients. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 1931-5.
12. Chuaratanaphong S, Songthanasak T, Nawarawong W, Asavapiyanond S. The surgical treatment of atrial myxomas: clinical experience in 6 patients. *J Med Assoc Thai* 1995; 78: 415-8.
13. Albers GW, Dalen JE, Laupacis A, Manning WJ, Petersen P, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy. *Chest* 2001; 119 (Suppl): 194S-206S.
14. Hart RG, Halperin JH. Atrial fibrillation and stroke. Concepts and controversies. *Stroke* 2001; 32: 803-8.
15. Di Pasquale G, Pozzati A. Heart disease and stroke. In: Fieschi C, Fisher M, eds. Prevention of ischemic stroke. London: Martin Dunitz, 2000: 27-50.
16. Cerebral Embolism Task Force. Cardiogenic brain embolism. The Second Report of the Cerebral Embolism Task Force. *Arch Neurol* 1989; 46: 727-43.
17. Manning WJ. Role of transesophageal echocardiography in the management of thromboembolic stroke. *Am J Cardiol* 1997; 80: 19D-28D.
18. ACC/AHA guidelines for the clinical application of echocardiography: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Clinical Application of Echocardiography). *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 862-79.