

# Širdies miksomos neurologiniai simptomai. Klinikiniai atvejai

---

**I. Sereikė**  
**R. Kizlaitienė**  
**V. Budrys**  
**R. Parnarauskienė**  
**G. Kaubrys**

*Vilniaus universiteto  
Medicinos fakulteto  
Neurologijos ir  
neurochirurgijos klinika*

**Santrauka.** Straipsnyje aprašomi keturi klinikiniai širdies miksomos atvejai, pasireiškę neurologiniais simptomais. Dviem atvejais neurologiniai simptomai ir pakitimai galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografijoje (MRT) imitavo išsėtinę sklerozę. Kiti du atvejai pasireiškė ūmiu galvos smegenų kraujotakos sutrikimu ir diagnostinių sunkumų nesudarė. Miksoma yra dažniausias pirminis širdies auglys. Jis gali pasireikšti konstituciniais, kardialiniais ir embolizacijos simptomais. Trečdaliui asmenų būna embolizacijos į galvos smegenis klinikinių reiškinių. Beveik visiems pacientams atliekant galvos smegenų MRT randama besimptomų kraujagyslinės kilmės židinių baltojoje medžiagoje. Jauniems pacientams, esant klinikiniams recidyvams ir radus židinius baltojoje galvos smegenų medžiagoje, gali būti sudėtinga diferencijuoti miksomą nuo demielinizuojančio centrinės nervų sistemos susirgimo. Jauniems asmenims, sergantiems galvos smegenų kraujotakos sutrikimu arba esant netipiškos eigos išsėtinei sklerozei, rekomenduojama atlikti širdies echoskopiją ir ekskliuduoti širdies miksomą.

**Raktažodžiai:** širdies miksoma, galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, širdies echoskopija, židiniai baltojoje galvos smegenų medžiagoje.

Neurologijos seminarai 2008; 12(38): 224–229

---

## KLINIKINIAI ATVEJAI

**I atvejis.** R. M., 51 metų moteris, dirbanti administracinį darbą, susirgo 2006 m. gegužės mėn. – staiga fizinio krūvio metu ėmė stipriai skaudėti galva pakaušio srityje, sutriko kalba („liežuvis tapo nepaklusnus“), aptirpo ir pasilpo dešinioji ranka. Dėl šių skundų pacientė kreipėsi į gydytojus, būklė vertinta kaip kaklo srities radikulopatija ir atitinkamai gydyta. Po dviejų savaitių staiga ėmė skaudėti ir svaigti galva, pykino, sutriko pusiausvyra ir judesių koordinacija, pasilpo ir aptirpo abi rankos ir kairioji koja, perkreipė veidą, sutriko kalba ir rijimas. Dėl šių skundų pacientė atvyko į ligoninę, hospitalizuota į Neurologijos skyrių.

Stacionarizavimo metu AKS 120/80 mmHg, ŠSD 90 k/min, širdies veikla ritmiška. Neurologinė būklė: I-II horizontalus nistagmas į dešinę, seklesnė kairė nosies-lūpų raukšlė, dizartrija, disfonija, triparezė: kairiųjų galūnių ir dešinėsios rankos, sausgyslių refleksai kairėje gyvesni nei

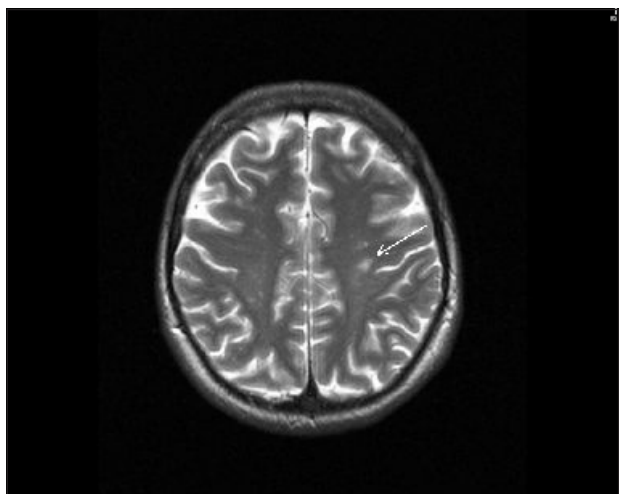
dešinėje, rankose gyvesni nei kojose, abipus randama patologinių refleksų. Suformuluota galvos smegenų infarkto vertebrobaziliniame baseine diagnozė. Ieškant kraujotakos sutrikimo priežasties, atlikta galvos smegenų kompiuterinė tomografija (KT) – be pakitimų, ekstrakranijinių kraujagyslių spalvinė sonoskopija (EKSS) – nustatyti pradiniai ateroskleroziniai pakitimai vidinėse miego arterijose abipus, lipidograma: bendras cholesterolis – 5,6 mmol/l; mažo tankio lipoproteinų cholesterolis – 3,76 mmol/l; didelio tankio lipoproteinų cholesterolis – 1,85 mmol/l; triacilglicerolis – 1,12 mmol/l; koaguliograma – be pakitimų; antikardiolipininiai antikūnai – neigiami. Taip pat atlikta galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografija (MRT) – nustatytas hiperintensinis židynys tarp šoninių skilvelių didžiosios smegenų jungties (*corpus calosum*) srityje bei keli židinėliai smegenėlėse, kurie vertinti kaip seni išeminiai pakitimai; įvertinus kraujagysles specialiu režimu nustatytos hipoplaziškos abi slankstelinės arterijos.

Po gydymo stacionare neurologinė simptomatika iš dalies regresavo, liko lengva kairioji hemiparezė, ataksijos požymių, rekomenduota MRT kontrolė po 3–6 mėnesių. Pacientė nukreipta reabilitaciniam gydymui. 2006 m. liepos mėn. pacientei pasilpo abi kojos, ši simptomatika atsi-statė per 1 savaitę. 2006 m. rugpjūčio mėn. staiga ėmė tirpti ir silpti dešinėsios galūnės, tirpimas išnyko per 1 val., bet

---

### Adresas:

Ieva Sereikė  
VUK SK Neurologijos centras  
Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius  
Tel. (8 5) 2365 220, el. paštas: ieva.sereike@gmail.com



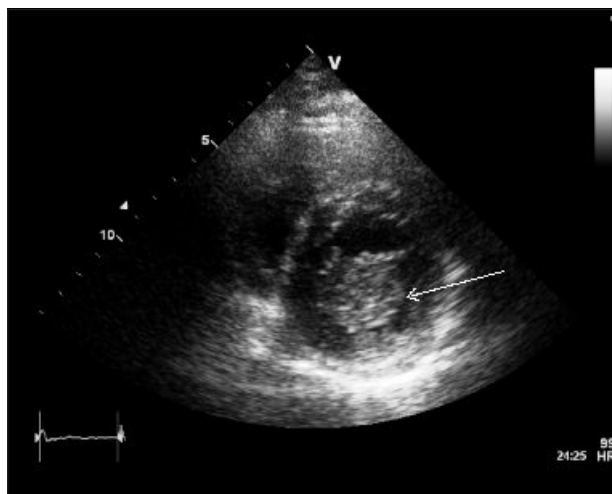
1 pav. Židiniai galvos smegenų baltojoje medžiagoje (rodyklė).

Galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografija, aksialinis pjūvis, T2 režimas.

dešinėsios rankos silpnumas liko. 2006 m. rugpjūčio mėn. pasikartoję dešiniųjų galūnių tirpimas. Tą pačią dieną pacientė hospitalizuota į VUL SK Nervų ligų skyrių. Nustatyta ši objektyvi neurologinė simptomatika: netvirta eiseną, dešinėsios rankos parėzė, vyraujanti distaliai, dešinėsios rankos hipestezija, sausgyslių refleksai gyvi, dešinėje labiau nei kairėje, pataloginiai Rosolimo refleksai rankose, klonusai pėdose, sutrikusi koordinacija. Nedelsiant atlikta galvos smegenų MRT – stebimi židiniai pakitimai abiejuose pusrutuliuose ir didžiojoje smegenų jungtyje, dešiniajame smegenėlių pusrutulyje, dinamikoje židinis didžiojoje smegenų jungtyje sumažėjo (išnyko edema), atsirado židiniai pusrutuliuose (1 pav.). Taip pat atlikti kiti tyrimai: bendrame kraujo tyrime nustatyta saikinga anemija – eritrocitai  $3,78 \times 10^{12}/l$ ; hemoglobinas – 107 g/l, hematokritas – 0,32, eritrocitų nusėdimo greitis ENG – 57 mm/val.; somatosensoriniai sukeltieji potencialai (SSSP): centrinio ir periferinio laidumo laikas normalus; juosmeninė punkcija ir smegenų skysčio tyrimas: oligokloninės juostos neišsiskyrė, albuminų ir globulinų santykis – 0,37.

Įvertinus kliniką, būklės dinamiką ir galvos MRT, suformuluota diagnozė: išsėtinė sklerozė, recidyvuojanti remituojanti eiga (EDSS 2 balai). Specifinis gydymas netaikytas, išvykstant iš stacionaro pagerėjo dešinės plaštakos jėga, bet ji liko nevikri atliekant smulkius judesius. Pacientė konsultuota VUL SK Konsultacijų poliklinikoje. Vizitų metu išsakė įvairiausių skundų – kojų pirštų nutirpimas, kojų kaustymas, kaulų skausmai, bloga nuotaika, teigė, kad „nesusigyvena su diagnoze“, skundėsi širdies plakimu. Gydyti skirta citalopramo, klorazepato, amantadino, bet ypatingo efekto nestebėta.

2007 m. sausio mėn. pakartotinis ligonės būklės pablogėjimas: pasilpo abi kojos, jos aptirpo, objektyviai stebėta centrinio tipo abiejų kojų parėzė, pataloginiai refleksai kojose abipus. Paūmėjimas gydytas metilprednizolonu 1 g tris dienas į veną, būklė pagerėjo, bet lengva kojų parėzė li-



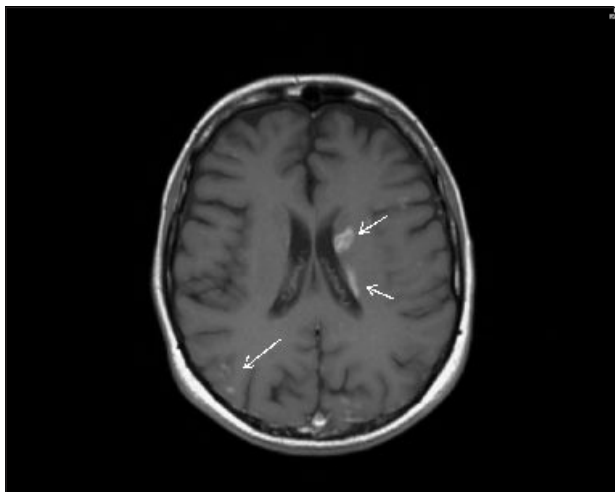
2 pav. Širdies echoskopija. Miksoma kairiajame prieširdyje (rodyklė).

ko. Dėl širdies plakimo ir didelio bendro silpnumo nukreipta kardiologo konsultacijai, atlikta echokardioskopija (2 pav.), rasta kairio prieširdžio miksoma. 2007 m. gegužės mėn. atlikta širdies operacija – navikas pašalintas. Operacijos aprašymo ištrauka: pjaunant širdies pertvarą išryškėjo, kad yra didžiulė miksoma, užimanti visą kairį prieširdį, labai siaura kojyte besitvirtinanti ant membranos prieširdžio dalies; šalinant visą miksomą, ji pradėjo trupėti. Po operacijos (po 2 dienų) pacientė pasiskundė nematanti kaire akimi. Konsultavo oftalmologas: kairės akies dugne regos nervo disko ribos aiškios, *a.cilioretinalis* baseine yra balkšvi trombai; makula blyški, paburkusi, išvada: kairės akies *a.cilioretinalis* okliuzija. Neurologo konsultacija: lėtesnė, sulėtėjęs mąstymas, kalbant trūksta žodžių, sunkiau pamena žodžius, sausgyslių refleksai gyvesni kairėje, pataloginiai refleksai abipus. Papildomai atlikti tyrimai: EKSS, transkranijinė spalvinė sonografija (TKSS) – reikšmingų pokyčių nenustatyta; galvos MRT daugybiniai židiniai pakitimai (kaupiantys kontrastą) galvos smegenyse, ryškiausi ir didžiausi kairėje uodeguotojo branduolio *nucleus caudatus* srityje bei pakaušinėje srityje (3 pav.).

Suformuluota klinikinė diagnozė: būklė po kairio prieširdžio miksomos operacijos (2006-05-04), kraujotakos sutrikimas kairės akies tinklainės kraujagyslėse, duomenų apie išsėtinę sklerozę nepakanka.

**II atvejis.** D. S., 43 metų moteris, pirmuosius simptomus pajuto 2006 m. – vargino epizodinis centrinio tipo galvos svaigimas, kartais pykindavo. Svaigimo epizodai truko įvairiai – nuo kelių minučių iki kelių parų. Tuomet rastas padidėjęs kraujo spaudimas, skirtas gydymas vaistais nuo hipertenzijos. 2007 m. rugpjūčio mėn. vėl staiga ėmė svaigti galva, sutriko atmintis (neprisiminė 5 valandų trukmės epizodo), pasak vyro, tuo metu labai vėmė. Pacientė skubos tvarka nukreipta į ligoninę, hospitalizuota į Neurologijos skyrių.

Tiriant atliktas galvos smegenų MRT – nustatyti hipertenziniai T2 režimu židiniai periventrikuliariai ir smegenėlėse; regos ir klausos sukeltųjų potencialų tyrimai – be

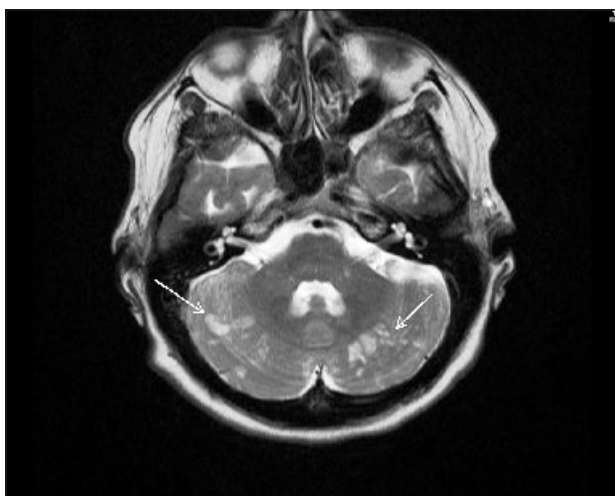


3 pav. Židiniai galvos smegenų baltojoje medžiagoje, kaupiantys kontrastinę medžiagą (rodyklės).

Galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografija, aksialinis pjūvis, T1 režimas su kontrastine medžiaga.

pakitimų; smegenų skysčio tyrimas be pakitimų (tyrimo dėl oligokloninių juostų atsakymas nurodytas). Suformuluota išsėtinės sklerozės, recidyvuojančios remituojančios eigos, diagnozė. Skirtas gydymas plazmaferozėmis, numatyta ambulatoriškai spręsti dėl imunomoduliuojančio gydymo paskyrimo. Anamnezėje buvę keli persileidimai, operuota dėl negimdinio nėštumo, diagnozuotas nevaisingumas; nuo 2005 m. serga depresija, vartojo antidepresantų.

2008 m. vasario mėn. staiga ėmė stipriai svaigti galva, keletą kartų vėmė, buvo sutrikusi pusiausvyra, dėl šių skundų hospitalizuota į VUL SK Nervų ligų skyrių. Objektivos apžiūros metu stebėta akrocianozė, ypač kojų pirštų, sausgyslių refleksai kojose gyvesni, abipus išreikšti pėdų klonusai, nėra pilvo odos refleksų. Jėga ir jutimai nesutrikę. Koordinacinius mėginius abipus atliko neužtikrintai, blogiau iš kairės. Atlikti tyrimai: bendras kraujo tyrimas be pakitimų, ENG – 86 mm/val.; tyrimai dėl antifosfolipidi-



4 pav. Daugybiniai židiniai smegenėlėse (rodyklės).

Galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografija, aksialinis pjūvis, T2 režimas.

nio sindromo neigiami. Taip pat atlikta EKSS ir TKSS – be reikšmingų pakitimų, SSSP – periferinis laidumas normalus, centrinis kairėje normalus, dešinėje nevertinamas. Pakartota galvos smegenų MRT – abiejuose smegenėlių pusrutuliuose matomi daugybiniai hiperintensiniai židiniai, kontrastinės medžiagos kaupimo nenustatyta (4 pav.). Tikslinant diagnozę, atlikta širdies echoskopija ir rasta kairiojo prieširdžio miksoma. Pacientė perkelta į Kardiochirurgijos skyrių, atlikta širdies operacija, pašalinta miksoma. Patologijos atsakymas patvirtino miksomos diagnozę. Pooperacinė eiga buvo sklandi, be komplikacijų. Skirti peroraliniai antikoagulantai trims mėnesiams.

**III atvejis.** J. K., 52 metų moteris. Serga nuo 2007 m. balandžio mėn., kai dėl stipraus svaigimo stacionarizuota į ligoninę, diagnozuotas galvos smegenų infarktas vertebro-baziliniame baseine. Vėliau ėmė ryškėti kardiologiniai simptomai – dusulys, širdies plakimas. Nukreipta kardiologo konsultacijai, atlikta širdies echoskopija, rastas darinys kairiajame prieširdyje. 2007 m. liepos mėn. planine tvarka stacionarizuota į VUL SK Kardiochirurgijos skyrių, atlikta širdies operacija ir darinio – miksomos – pašalinimas.

Ikioperaciniuose kraujo tyrimuose nustatytas padidėjęs ENG – 56 mm/val., kitų reikšmingų pakitimų nebuvo. Praėjus 12 dienų po operacijos pacientė pasiskundė sutrikusia rega, dvejinimusi akyse, dešinės kojos pasilpimu. Skubos tvarka konsultuota neurologo, nustatyta neurologinė simptomatika: dalinė sensomotorinė afazija, teigiamas apatinis Barre simptomas iš dešinės, sausgyslių refleksai rankose simetriški, kojose gyvesni dešinėje, patologinių refleksų nerasta. Įtariant ūmų kraujotakos sutrikimą galvos smegenyse, atlikta galvos smegenų kompiuterinė tomografija (KT) – nustatyta ūminė išemija su reperfuzijos (pakraujavimo) požymiais kairėje smilkininėje-pakaušinėje srityje (5 pav.), EKSS ir TKSS tyrimai be reikšmingų pakitimų. Suformuluota galvos smegenų infarkto kairės vidurinės smegenų arterijos baseine diagnozė. Pacientė nukreipta reabilitaciniam gydymui, rekomenduoti vaistai nuo arterinės hipertenzijos ir antikoagulantai (varfarinas).



5 pav. Ūminė išemija su reperfuzijos (pakraujavimo) požymiais kairėje smilkininėje-pakaušinėje srityje (rodyklė).

Galvos smegenų kompiuterinė tomografija, aksialinis pjūvis.

**IV atvejis.** L. R., 47 metų moteris. Susirgo staiga 2008 m. sausio mėn., kai ėmė stipriai pykinti, daug kartų vėmė, sutriko kalba ir pasilpo kairiosios galūnės. Iš artimųjų ir medicininės dokumentacijos sužinota, kad 2007 m. rugpjūčio mėn. operuota VUL SK Kardiologijos skyriuje dėl kairiojo prieširdžio miksomos (pašalinta gigantiška miksoma). Miksoma rasta ieškant širdies patologijos, nes pacientė jau kurį laiką skundėsi dusuliu, mažėjančia fizinio krūvio tolerancija, o paskutiniuosius kelis mėnesius dėl dusulio net miegodavo sėdėdama. 2007 m. liepos mėn. gydyta ligoninėje dėl insulto, bet artimieji tikslesnės informacijos pateikti negalėjo.

Po širdies operacijos pacientė vartojo antikoaguliantus (varfariną 3,75 mg per dieną), pasak artimųjų, kraujo krešėjimo tyrimai buvo atliekami reguliariai. Atvykus į stacionarą pacientės būklė kraštutinai sunki, AKS – 200/110 mmHg, sąmonės būklė pagal GKS – 7 balai, kairiųjų galūnių plegija su gyvesniais sausgyslių refleksais ir patologiniais refleksais, kairiųjų galūnių hipotonija. Skubos tvarka atliktoje galvos smegenų KT nustatyta kraujosruva dešiniame smegenų pusrutulyje, baltojoje medžiagoje bei hiperdensinio tankio signalas dešiniame šoniniame, trečiajame bei ketvirtajame skilveliuose, vidurio struktūrų dislokacija 10 mm (vertinta kaip intracerebrinė kraujosruva); kairėje frontalinėje skiltyje stebėta hipodensinė zona (encefalomaliacijos zona). Taip pat atlikti kraujo tyrimai: nustatyta saikinga leukocitozė (leukocitų  $12,56 \times 10^9/l$ ), ENG – 55 mm/val., koagulogramoje pakitimų nerasta. Pacientės būklė dinamikoje blogėjo, praėjus 24 val. nuo hospitalizacijos pradžios mirė.

## APTARIMAS

Per pastaruosius kelerius metus į mūsų akiratį pateko keturios pacientės, kurioms buvo nustatyta širdies miksoma ir vienokie ar kitokie neurologiniai simptomai. Pirmieji du atvejai reikšmingi tuo, kad abiems pacientėms iš pradžių buvo įtarta ir diagnozuota išėtinė sklerozė. Šie atvejai rodo, kad išėtinės sklerozės diagnozė kartais suformuluojama neekskliudavus galimos gretutinės patologijos, ir tai gali radikaliai pakeisti tolimesnę taktiką.

Trečiasis ir ketvirtasis atvejai labiau akcentuoja dažniausias miksomos komplikacijas – galvos smegenų kraujotakos sutrikimus – abiems pacientėms jau ir iki miksomos diagnozės nustatymo buvo simptominiai ar besimptominiai kraujotakos sutrikimai galvos smegenyse. Trečiuoju atveju įvyko ankstyvoji pooperacinė komplikacija – galvos smegenų infarktas. Ketvirtasis atvejis, ko gero, nėra tiesiogiai susijęs su miksoma (galvos smegenų kraujosruva įvyko po 6 mėnesių po miksomos pašalinimo varfarino vartojimo fone), bet tai, kad pacientės galvos smegenų KT rasti seni išeminio tipo pakitimai, rodo, kad kraujotakos sutrikimai galėjo kartotis dar iki nustatant širdies auglį.

Įdomu tai, kad visos keturios mūsų ligoninėje tirtos ir gydytos pacientės – moterys, tačiau tai ir būtų būdinga, nes miksomos moterims dažnesnės. Literatūros duomenimis, maždaug 75% sporadinių miksomų nustatoma moterims

[1]. Taip pat atkreipėme dėmesį, kad visoms, atlikus kraujo tyrimą, rastas padidėjęs ENG – nuo 50 iki 86 mm/val. Kitų uždegiminių rodiklių tyrimai neatlikti. Apie tokius pakitimus taip pat minima literatūroje [1–5].

## Širdies miksoma

Iki 1953 m., kai pirmą kartą operaciniu būdu pašalinta širdies miksoma, ši patologija buvo nustatoma tik autopsijos metu [1]. Miksoma – tai dažniausias pirminis širdies auglys [2], kilęs iš mezenchiminių endokardo ląstelių [3]. Dažnai tai yra gerybinis darinys, sėkmingai šalinamas operaciniu būdu. Neoperuota miksoma gali sukelti įvairias embolines komplikacijas. Neurologui svarbu žinoti galimas šios patologijos neurologines išraiškas.

Pirminiai širdies navikai nustatomi 1 iš 5000 autopsijų metu, dažniausiai kairiajame prieširdyje [1]. Miksomos sudaro maždaug 50–83% pirminių širdies auglių [1, 3]. Dauguma atvejų šie augliai yra sporadiniai, apie dešimtdalis atvejų yra šeiminiai, paveldimi autosominiu dominantiniu būdu [2]. Nors nėra tiksliai žinoma, bet apytikriai per metus išoperuojama 0,5–0,7 miksomos milijonui gyventojų [1]. Remiantis įvairia literatūra, pacientai su širdies miksoma ir neurologiniais simptomais dažniausiai būna jauni. Moterims ši patologija nustatoma bent du kartus dažniau nei vyrams [1–3].

Pacientams, turintiems širdies miksomą, dažnai nustatoma klasikinė simptomų triada: konstituciniai požymiai (30%), širdies simptomai (60%) ir embolizacijos reiškiniai (30–40%) [1, 2]. Kartais miksoma gali nesukelti jokių simptomų, tuomet ji nustatoma visai atsitiktinai. Dažnai pacientai nurodo konstitucinius simptomus – karščiavimą, svorio kritimą, sąnarių skausmus, Reino sindromą [1]. Šie skundai ir padidėję uždegimo žymenys gali imituoti jungiamojo audinio ligas, infekciją ar piktybinį procesą. Kardialiniai simptomai gali pasireikšti kairiosios širdies pusės nepakankamumo reiškiniais (dusulys fizinio krūvio metu, ūminė plaučių edema, ortopnėja). Dešiniojo prieširdžio miksomos gali pasireikšti sinkope, staigia mirtimi, dešniosios širdies pusės nepakankamumo požymiais (nuovargis, periferinės edemos, ascitas). Labai svarbūs yra kartotinės embolizacijos sukelti simptomai – plaučių arterijos trombozė, mezenterinių, akies bei periferinių kraujagyslių trombozė. Embolizacijos tikimybė didesnė esant kairiojo prieširdžio augliui [1]. Esant dešiniojo prieširdžio miksomai, embolizacija galima tik esant prieširdžių pertvaros defektui ar atvirai ovalinei angai. 25–45% širdies miksomų gali pasireikšti neurologiniais simptomais [1–3]. 1 lentelėje pateiktos literatūroje aprašomos neurologinės širdies miksomos komplikacijos [1].

Galvos smegenų infarktas yra dažniausias neurologinis miksomos simptomas. Daugumai pacientų nustatomi daugybiniai galvos smegenų infarktai, abiejuose pusrutuliuose, kiek rečiau kairiosios ar dešniosios vidurinės smegenų arterijos baseine, vertebrobazilinio baseino infarktai yra reti [1]. Galvos smegenų infarktai gali išsivystyti dėl trombozės (trombai formuojasi ant paties auglio) arba, rečiau, dėl auglio fragmentų embolizacijos [3]. Kraujosruvos gal-



1 lentelė. Neurologinės širdies mišomos komplikacijos.

Galvos smegenų infarktas arba praeinantis galvos smegenų išemijos priepuolis
Intrakranijinė kraujosruva
Subarachnoidinė kraujosruva
Sinkopė
Psichiatriniai sutrikimai: ūminis sumišimas, elgesio pokyčiai
Lėtinis pažintinių funkcijų sutrikimas
Galvos skausmas
Traukuliai
Koma
Nugaros smegenų embolija

vos smegenyse įvyksta dėl antrinio kraujagyslės sienelės pažeidimo (dėl auglio dalelių patekimo į smulkias arterijas susiformuoja smulkios maišelinės ar kitokios aneurizmos, kurios, esant aukštam kraujo spaudimui, linkusios plyšti). Taip pat nustatoma kitų nežidinių neurologinių reiškinių: sinkopės (sinkopė pasireiškia dėl paties auglio mechaninio poveikio – uždengiama kairiojo skilvelio anga, kraujas neišmetamas iš širdies ir sukeliama globalinė hipoperfuzija), galvos skausmai, traukuliai, psichiatriniai sutrikimai. 10% asmenų mišoma nesukelia jokių simptomų [1–5].

Neurologinius skundus, kaip anksčiausius mišomos simptomus, išsako 36% pacientų, nors net 45% nustatomi pakitimai atliekant neurologinį objektyvų ištyrimą ir beveik visiems pacientams nustatoma infarktui būdingų pakitimų galvos smegenų kompiuterinėje tomografijoje [2]. Laboratoriniuose tyrimuose, jei ir nustatomi pakitimai, dažniausiai jie yra nespecifiški – gali būti padidėjęs ENG, padidėjęs C reaktyvus baltymo kiekis, hiperglobulinemija, leukocitozė, normochrominė ar hipochrominė anemija (nedidelė hemolizė gali vykti dėl mechaninio eritrocitų surdymo širdyje) [1, 5].

Tiksliausiai širdies mišoma nustatoma atlikus širdies echoskopiją, nes auskultuojant širdį 36% pacientų nenustatoma jokių pakitimų, mitralinės stenozės ūžesys gali būti tik apie 50% asmenų su mišoma [5]. Transezofaginė kardioechoskopija geriau nei transtorakalinė echoskopija vizualizuoja darinius širdyje, jos jautrumas siekia 100% [3]. Širdies MRT gali būti naudinga įvertinant auglio dydį, judrumą – tai svarbu prieš operaciją [4].

Nustačius naviką širdies ertmėse, tikslinga pacientą nukreipti operaciniam gydymui. Bendrai operacinio gydymo rezultatai yra geri – 20 metų išgyvena 85% pacientų [3]. Po operacijos praeina konstituciniai simptomai, gali sumažėti intrakranijinės aneurizmos [4]. Dėl konservatyvaus gydymo efektyvumo abejojama – nors gydymas anti-koagulantais gali sumažinti trombozės riziką, bet tai neapsaugos nuo embolizacijos mišomos audinio fragmentais [3]. Po operacijos pirminiai augliai atauga tik 1–3% atvejų, greičiausiai dėl nevisiško pašalinimo [4]. Rekomenduojama echokardioskopiją kartoti kasmet pirmus 3–4 metus, kai recidyvo rizika yra didžiausia [4].

2 lentelė. Ligos su daugybiniais židiniiais ir recidyvuojančia remituojančia eiga.

Ūminis išsėtinis encefalomyelitas
Ūminis hemoraginis encefalomyelitas
Povakcininis encefalomyelitas
Sisteminė raudonoji vilkligė
Antifosfolipidinių antikūnų sindromas
Pirminis Sjogreno sindromas
Behčeto liga
Centrinės nervų sistemos vaskulitas
Kartu su periferiniu vaskulitu
Izoliuotas centrinės nervų sistemos vaskulitas
Sisteminė sklerozė
Susac sindromas
Neuždegiminės kraujagyslių ligos
CADASIL
Sarkoidozė
Lėtinės ligos
Laimo liga
Meningovaskulinis sifilis
ŽIV encefalitas
Progresuojanti daugiažidininė leukoencefalopatija
Poūmis sklerozuojantis panencefalitas
Viplio liga
Pirminė smegenų limfoma
Mitochondrinės ligos

### Daugybiniai židiniai pakitimai baltojoje galvos smegenų medžiagoje

Jaunam asmeniui, kuriam kartojasi neurologinė simptomatika, o galvos smegenų MRT randami daugybiniai židiniai baltojoje medžiagoje, dažniausiai įtariama išsėtinė sklerozė. Išsėtinė sklerozė – tai demielinizuojanti centrinės nervų sistemos liga, jos simptomų ir požymių įvairovė bei eiga dažnai klaidina nustatant diagnozę. Demielinizuojantį procesą reikėtų įtarti jauniems asmenims, kuriems pasireiškia vienas ar keli neurologinės disfunkcijos epizodai, nustatomi atitinkamos lokalizacijos CNS baltosios medžiagos židiniai pakitimai – ypač regos nervuose, smegenų kamiene ar nugaros smegenyse [6]. Nors ir rečiau, identiški ar panašūs epizodai taip pat gali būti dėl kraujagyslių ar struktūrinės patologijos (2 lentelė) [6]. Diferencijuojant šias ligas, labai padeda šiuolaikinės technologijos, įskaitant vizualinius tyrimus. Kartais tiksli diagnozė nustatoma atliekant išsamius laboratorinius arba histologinį ištyrimą.

Nustatyta, kad, kol diagnostikai nebuvo plačiai taikomas MRT tyrimas, maždaug 10% pacientų išsėtinės sklerozės diagnozė buvo nustatoma klaidingai. Diferencijuojant galimą etiologiją, rekomenduojama atkreipti ypatingą dėmesį į šiuos netipiškus požymius – regos simptomų nebuvimas, jauniems asmenims nėra remisijų, vienos lokalizacijos klinika, netipiniai klinikiniai požymiai, ypač nustačius objektyvaus sensorinio ar dubens organų funkcijos sutrikimo, esant reikšmingam motoriniam sutrikimui. MRT ir smegenų skysčio tyrimas gali padėti teisingai nu-

statyti diagnozę. Tačiau pastaruoju metu gana dažnos klaidos, kai išsėtinė sklerozė diagnozuojama asmenims daugiau kaip 40 metų amžiaus nesant neurologinių simptomų, o tik atlikus MRT ir nustačius kelis židinius galvos smegenyse, kurie tikėtina yra kraujagyslinės kilmės [6].

## IŠVADOS

Siūloma tinkamai įvertinti paciento skundus, anamnezę, objektyvią neurologinę būklę, diagnozuojant galvos smegenų infarktą ar išsėtinę sklerozę, nepamiršti pagalvoti ir apie širdies miksomos galimybę. Ankstyva teisinga diagnozė gali apsaugoti nuo negrįžtamų ir kartais mirtinų komplikacijų.

- Esant galvos smegenų infarktui, jaunam asmeniui tikslinga atlikti širdies echoskopiją siekiant ekskliuduoti širdies miksomą.
- Esant bendrasmegeninei simptomatikai (galvos skausmui, traukuliams, psichikos sutrikimams, sinkopėms), reikia įtarti miksomą bei ją ekskliuduoti.
- Įtariant ar diagnozuojant išsėtinę sklerozę, reikėtų visiškai ekskliuduoti kitą galimą patologiją – širdies echoskopiją tikslinga atlikti esant netipiškai ligos eigai ar simptomams.

Gauta:  
2008 12 02

Priimta spaudai:  
2008 12 11

## Literatūra

1. Ekinci EI. Neurological manifestations of cardiac myxoma: a review of the literature and report of cases. *Internal Medicine Journal* 2004; 34: 243-9.
2. Azeveda de Almeida L. Cerebral ischemia as initial neurological manifestation of atrial myxoma. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64: 660-3.
3. Vivien HL. Central nervous System manifestations of cardiac myxoma. *Arch Neurol* 2007; 64: 1115-20.
4. Basson CT. Clinical and genetic aspects of cardiac myxomas. *Cardiology Rounds* 2002; 6: 122-4.
5. O'Rourke F. Atrial myxoma as a cause of stroke: case report and discussion. *CMAJ* 2003; 169: 1049-51.
6. Miller D. The differential diagnosis of multiple sclerosis. In: Compston A, ed. *McAlpine's Multiple Sclerosis*. Churchill Livingstone, 2006.

**I. Sereikė, R. Kizlaitienė, V. Budrys, R. Parnarauskienė, G. Kaubrys**

## NEUROLOGICAL SYMPTOMS OF CARDIAC MYXOMA. CLINICAL CASES

### Summary

In this article we discuss four clinical cases of cardiac myxoma which presented themselves with neurological symptoms. In two cases neurological symptoms and changes in brain magnetic resonance image presented themselves like multiple sclerosis. Other two cases presented themselves with acute cerebrovascular disorder and did not cause any diagnostic problem. Myxoma is the most common primary tumor of the heart. It can present itself with constitutional, cardiac and embolic symptoms. One third of patients can have brain embolism symptoms. Nearly all patients have asymptomatic vascular lesions in brain white matter on MRI. In young patients with clinical relapses and multiple white matter lesions on brain MRI it might be difficult to differentiate cardiac myxoma from demyelinating disorders. For young patients with cerebrovascular disorders or in case of atypical multiple sclerosis it is recommended to perform echocardiography and rule out cardiac myxoma.

**Keywords:** cardiac myxoma, acute cerebrovascular disorder, echocardiography, brain white matter lesions.