

# Tłuszczakowaty przerost przegrody międzyprzedsionkowej

Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum

Mateusz Śpiewak<sup>1,2</sup>, Łukasz A. Małek<sup>1,2</sup>, Cezary Kępką<sup>1,2</sup>, Jolanta Miśko<sup>2</sup>, Witold Rużyłto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii, Warszawa

<sup>2</sup> Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Instytut Kardiologii, Warszawa

## Abstract

Management of cardiac tumours depends mainly on their localisation and histological type. Cardiac magnetic resonance (CMR) imaging is a robust technique in diagnosis of cardiac tumours. It enables precise localisation of a mass and its tissue characteristics. We present a case of a lipomatous hypertrophy of the interatrial septum diagnosed by CMR.

**Key words:** cardiac tumor, lipomatous hypertrophy, cardiac magnetic resonance

Kardiologia Polska 2009; 67: 660-662

## Opis przypadku

Chora 58-letnia, z kilkuletnim wywiadem nadkomorowych zaburzeń rytmu w postaci dodatkowych pobudzeń oraz nieutrwalonych częstoskurczów, została przyjęta z powodu wysuniętego na podstawie przeklatkowego badania echokardiograficznego podejrzenia guza prawego przedsionka zlokalizowanego przy górnej części przegrody międzyprzedsionkowej. W celu jednoznacznej oceny charakteru guza wykonano badanie serca metodą rezonansu magnetycznego (ang. *cardiac magnetic resonance*, CMR). W sekwencji SSFP (ang. *steady state free precession*) zaobserwowano pogrubienie górnej części przegrody międzyprzedsionkowej, z obecnością tkanki odpowiadającej charakterystyce tkanki tłuszczowej (intensywny sygnał w sekwencjach T1-zależnych, wytłumienie sygnału w sekwencjach *fat saturation*) (Rycina 1.). Inne przekroje, uzyskane podczas obrazowania w czasie rzeczywistym (ang. *real time*) pozwoliły uwidocznnić dwa klinowate twory – większy o wymiarach 3,2 × 2,5 cm, zlokalizowany w górnej części przegrody międzyprzedsionkowej oraz mniejszy o wymiarach 1,6 × 1,4 cm, położony w części dolnej, bez zajęcia *fossa ovalis* (Rycina 2.). Na podstawie charakterystycznego obrazu w badaniu CMR rozpoznano tłuszczakowaty przerost przegrody międzyprzedsionkowej (ang. *lipomatous hypertrophy of the interatrial septum*, LHIS). Po modyfikacji leczenia antyarytmicznego kobieta została wypisana do domu.

## Omówienie

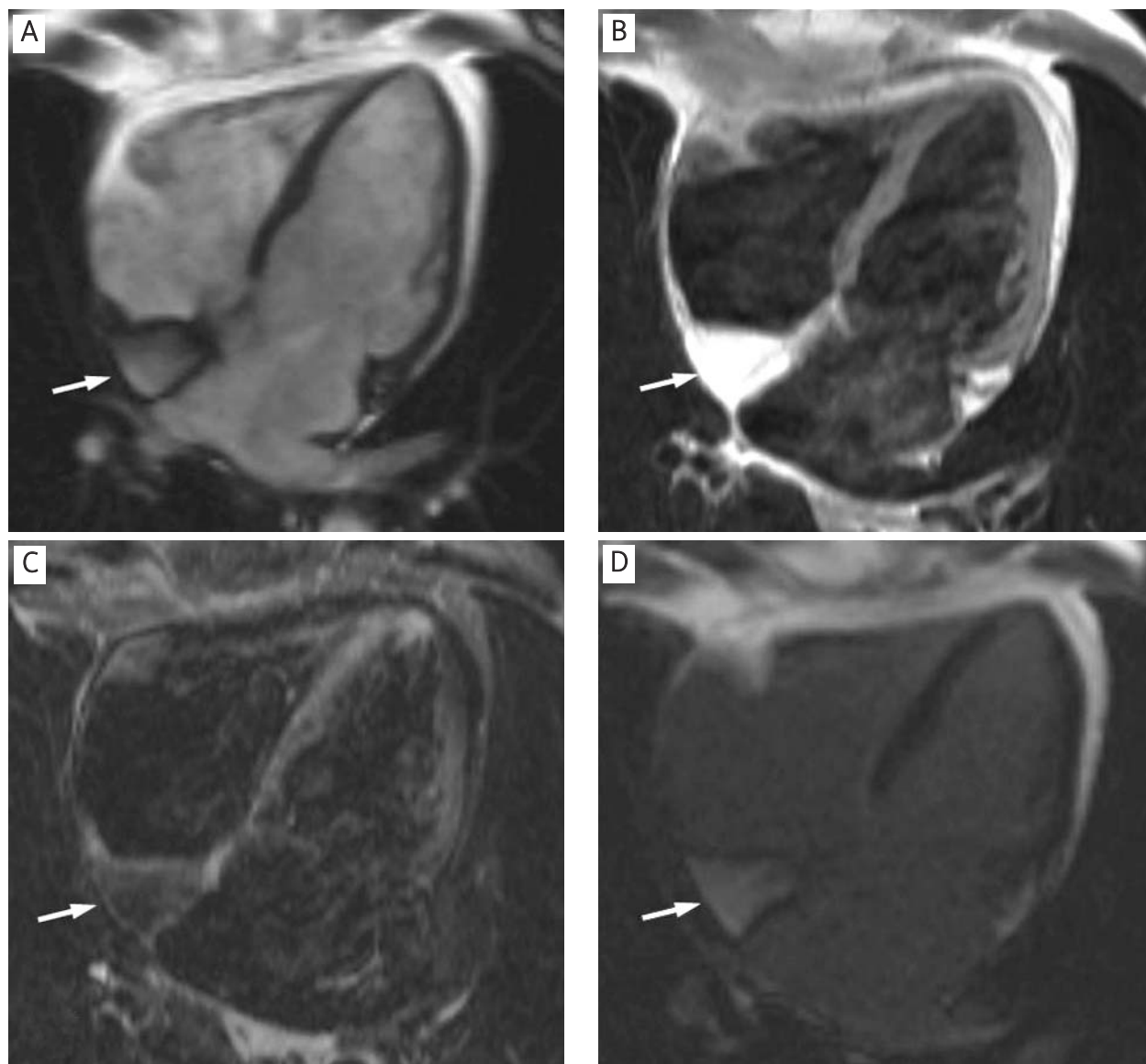
Tłuszczakowaty przerost przegrody międzyprzedsionkowej jest łagodną anomalią, która została po raz pierwszy opisana w 1964 r. w badaniu autopsyjnym [1]. Pierwszy opis *in vivo* opracowano na podstawie badania tomografii komputerowej [2]. Zmianę stwierdzono u ok. 1% chorych w badaniach autopsyjnych [3, 4], u ok. 2% osób w obrazowaniu tomografii komputerowej [5] oraz do 8% w badaniach echokardiograficznych [6]. Różnice w częstości występowania mogą wynikać z odmiennej charakterystyki badanych grup, ponieważ większość autorów wskazuje na zaawansowany wiek, płeć żeńską oraz otyłość jako czynniki związane z występowaniem LHIS [7, 8]. Typowy obraz kliniczny obejmuje pogrubienie przegrody międzyprzedsionkowej przekraczające 2 cm, bez zajęcia okolicy otworu owalnego, co nadaje zmianie typowy klepsydrowaty kształt [7, 8]. Tkanka tłuszczowa w tej okolicy występuje w warunkach prawidłowych (Rycina 3.), ale w przypadku LHIS z nieznanymi przyczynami dochodzi do jej istotnego przerostu. Charakterystyczne dla LHIS są nadkomorowe zaburzenia rytmu, choć są również doniesienia o komorowych zaburzeniach rytmu i nagłej śmierci sercowej [8]. W rzadkich przypadkach i przy masywnym przerostie może dochodzić do zwężenia ujścia żyły głównej górnej lub dolnej, co stanowi wskazanie do interwencji chirurgicznej [9]. Poza wymienionymi powyżej sytuacjami, w większości przypad-

---

### Adres do korespondencji:

lek. med. Mateusz Śpiewak, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 815 30 11, e-mail: mspiewak@ikard.pl

Praca wpłynęła: 06.10.2008. Zaakceptowana do druku: 22.10.2008.



**Rycina 1.** Projekcja czterojamowa. Widoczne klinowate pogrubienie górnej części przegrody międzyprzedsionkowej (strzałka). **A** – sekwencja SSFP (ang. *steady state free precession*), **B** – sekwencja T1 *turbo spin echo*, intensywny sygnał zmiany, **C** – sekwencja T1-zależna *turbo spin echo* z *fat saturation* powodująca wytłumienie sygnału tłuszczu, **D** – badanie oceniające późne wzmocnienie pokontrastowe. Brak wzmocnienia zmiany – sygnał zmiany odpowiada sygnałowi tłuszczu nasierdziowego

ków LHIS jest zmianą łagodną i nie wymaga specyficznego leczenia. Opisywano przypadki mylnego kierowania chorych na operację kardiologiczną z podejrzeniem procesu złośliwego [10].

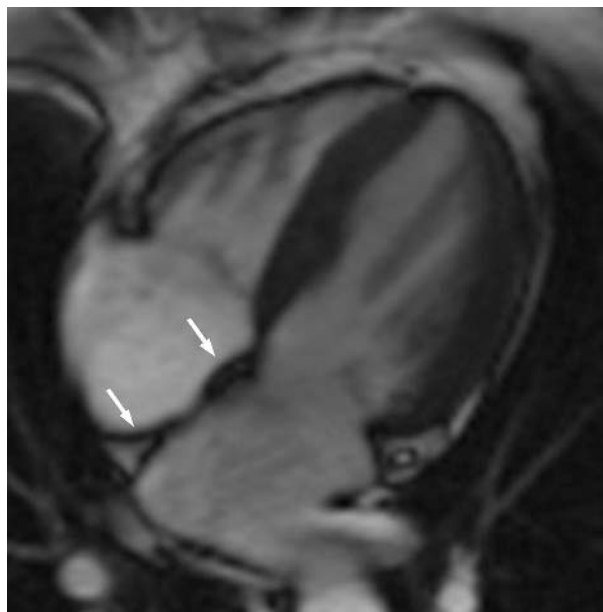
O ile badanie echokardiograficzne nie pozwala na dokładną ocenę charakteru tkanki, takie możliwości daje badanie CMR. Zasadne jest zatem korzystanie z tej metody diagnostycznej w razie stwierdzenia jakiegokolwiek guza serca budzącego wątpliwości w badaniu echokardiograficznym.

#### Piśmiennictwo

1. Prior JT. Lipomatous hypertrophy of cardiac interatrial septum. A lesion resembling hibernoma, lipoblastomatosis and infiltrating lipoma. *Arch Pathol* 1964; 78: 11.
2. Isner JM, Swan CS 2nd, Mikus JP, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: in vivo diagnosis. *Circulation* 1982; 66: 470-3.
3. Gay JD, Guileyardo JM, Townsend-Parchman JK, et al. Clinical and morphologic features of lipomatous hypertrophy ('massive fatty deposits') of the interatrial septum. *Am J Forensic Med Pathol* 1996; 18: 107-8.



**Rycina 2.** Obraz uzyskany z sekwencji czasu rzeczywistego (ang. *real time*). Widoczne dwie zmiany w górnej i dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej (białe strzałki). Prawidłowy obraz w okolicy otworu owalnego (czarna strzałka). Przerost górnej części przegrody międzyprzedsionkowej nie powoduje utrudnienia napływu z żyły głównej górnej – żyła nieposzerzona



**Rycina 3.** Widoczna tkanka tłuszczowa w górnej i dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej (strzałki) bez jej istotnego pogrubienia (zdrowa kobieta 51-letnia)

4. Reyes CV, Jabłokow VR. Lipomatous hypertrophy of the cardiac interatrial septum: a report of 38 cases and review of the literature. *Am J Clin Pathol* 1979; 72: 785-8.
5. Heyer CM, Kagel T, Lemburg SP, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: a prospective study of incidence, imaging findings, and clinical symptoms. *Chest* 2003; 124: 2068-73.
6. Pochis WT, Saeian K, Sagar KB. Usefulness of transesophageal echocardiography in diagnosing lipomatous hypertrophy of the atrial septum with comparison to transthoracic echocardiography. *Am J Cardiol* 1992; 70: 396-8.
7. Heyer CM, Kagel T, Lemburg SP, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: a prospective study of incidence, imaging findings, and clinical symptoms. *Chest* 2003; 124: 2068-73.
8. Xanthos T, Giannakopoulos N, Papadimitriou L. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: a pathological and clinical approach. *Int J Cardiol* 2007; 121: 4-8.
9. Breuer M, Wippermann J, Franke U, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum and upper right atrial inflow obstruction. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 1023-5.
10. Nadra I, Dawson D, Schmitz SA, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: a commonly misdiagnosed mass often leading to unnecessary cardiac surgery. *Heart* 2004; 90: e66.