
Sarkom i hjertet

KORT KASUISTIKK

CARL FREDRIK BONNEVIE HAMRE

c-hamre@diakonsyk.no

Radiologisk avdeling

Diakonhjemmet Sykehus

Carl Fredrik Bonnevie Hamre er spesialist i radiologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIRIK MAGNUS HOBDEL KVAMMEN

Voksenpsykiatrisk avdeling

og

Akuttpsykiatrisk døgnenhet Vinderen

Diakonhjemmet Sykehus

Eirik Magnus Hobdel Kvammen er spesialist i allmennmedisin og lege i spesialisering i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LEIF ERIK VINGE

Medisinsk avdeling

Diakonhjemmet Sykehus

Leif Erik Vinge er dr.med., spesialist i kardiologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNETTE TORØD SKEIE

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin

Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

Annette Torød Skeie er spesialist i radiologi, overlege og medlem av Sarkomgruppen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

IVAR HOMPLAND

Avdeling for kreftbehandling

En tidligere frisk og velfungerende ung kvinne ble innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling med spørsmål om depressiv psykose. Det skulle vise seg at hun hadde et stort sarkom i venstre atrium.

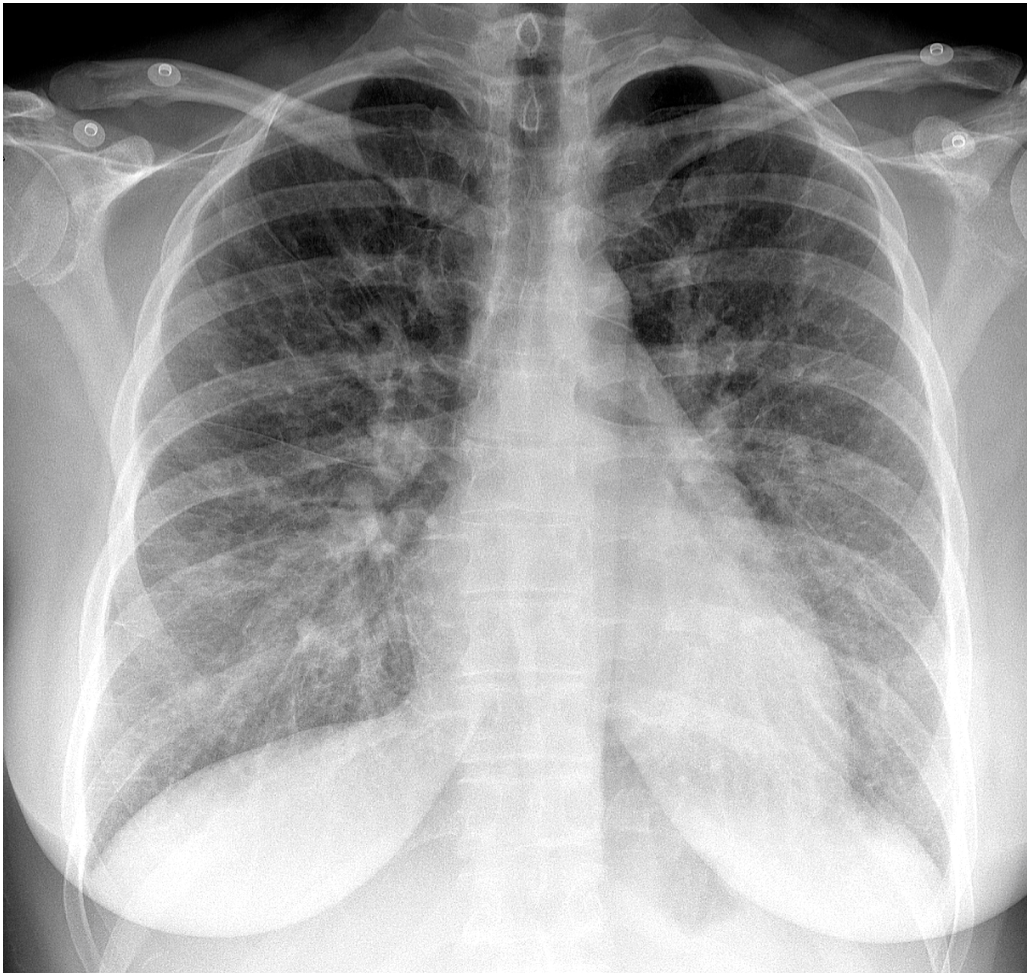
En kvinne i slutten av 20-årene ble frivillig innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling med spørsmål om depressiv psykose. Hun var tidligere frisk, men hadde siste måned før innleggelsen hatt influensalignende symptomer med redusert fysisk form, søvnproblemer og etter hvert psykotiske symptomer i form av hørselshallusinose og paranoide forestillinger om overvåkning. Hun hørte en stemme som sa at «du vil dø om du sovner» og «pust, ellers kommer du til å dø».

Ved mottak ble pasienten vurdert som psykotisk, men ikke deprimert, og det ble startet antipsykotisk behandling. Blodtrykket var på 148/102 mm Hg og pulsen 101 slag/minutt, vurdert som betinget i angst og uro. De første dagene etter innleggelsen var hun preget av slapphet og slitenhet, og hun fikk etter hvert halsvondt og feber. CRP ble målt til 113 mg/l (referanseverdi 0–4 mg/l) og leukocytter $14,7 \cdot 10^9/l$ (referanseverdi $3,5\text{--}10,0 \cdot 10^9/l$).

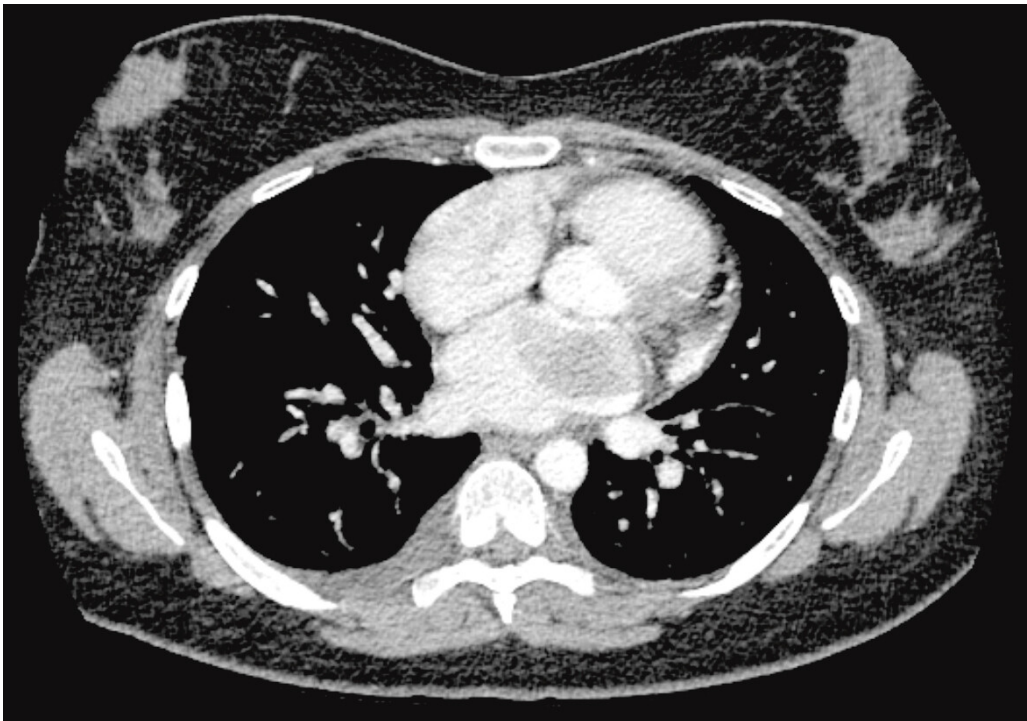
Hun ble vurdert somatisk i medisinsk mottak, og man startet behandling med antibiotika for akutt faryngitt. Dette ga noe effekt på CRP- og leukocytverdiene, men vedvarende forhøyet senkningsreaksjon på 60 mm (referanseverdi 1–17 mm). Det ble avdekket anemi med hemoglobinnivå på 9,7 g/dl (referanseverdi 11,7–15,3 g/dl), som man antok kunne være sekundært til kraftige menstruasjonsblødninger.

Pasientens allmenntilstand forverret seg ytterligere, med svimmelhet, tungpustethet, høy respirasjonsfrekvens og puls, noe som dels ble oppfattet som bivirkninger av den antipsykotiske medisineren. Ved ny somatisk undersøkelse på psykiatrisk avdeling hørte man splittet 2. hjertetone og en uspesifisert bilyd i form av gnisse/suselyder. Det ble påvist krepitasjoner basalt over lungene og ødemer i underekstremitetene. EKG viste sinustakykardi uten tegn til iskemi. Pasienten ble innlagt på medisinsk avdeling for avklaring av somatisk tilstand. Hun fremstod da uten alvorlige psykiatriske symptomer og med bedret evne til å gjøre rede for egen situasjon.

Bildedagnostisk utredning med røntgen thorax (figur 1) viste funn som kunne passe med stuvning. Pasienten var ung uten kjent hjertesykdom, og man vurderte derfor stuvning som mindre sannsynlig. Ut ifra røntgenbildene ble det reist mistanke om luftveisinfeksjon eller mulig interstitiell lungesykdom, differensialdiagnostisk stuvning. CT thorax (figur 2) avdekket en oppfylning i venstre atrium og bekreftet tegn til stuvning. Ekkokardiografi viste en stor ekkohomogen, velavgrenset og stilket tumor utgående fra atrieseptum, som nær utfylte venstre atrium og i diastole obstruerte mitralostiet. Funnet ga mistanke om myksom. Hun hadde sikker leiebetinget dyspné ved undersøkelsen.



Figur 1 Røntgen thorax viste retikulonodulære foretninger, struttende lungekar, Kerley B-linjer og forstørret hjerte.



Figur 2 Aksialt CT-bilde med intravenøs kontrast viste en 4,5 × 2,5 cm lavattenuerende oppfylning i venstre atrium som rager inn i venstre ventrikkle, samt små mengder bilateral pleuravæske.

Pasienten ble overflyttet til universitetssykehus og operert med eksisjon av tumor i venstre atrium nær septum. Peroperativt avdekket man ytterligere en tumor i venstre atrium ved bakre mitralannulus, som også ble eksidert. Få uker etter operasjonen ble det overraskende påvist residiv i venstre atrium. I tillegg var det separate tumorsuspekterte lesjoner i høyre og venstre atrium. Den histologiske diagnosen viste seg å være intimt sarkom. Positronemisjonstomografi (PET)-CT påviste to metastaser i magesekken.

Cellegiftbehandling ble igangsatt, og hun responderte betydelig. Det ble gjort omfattende radikal reseksjon av residivet i hjertet samt fjerning av metastaser i magesekken. Postoperativ strålebehandling av hjertet ble vurdert, men man valgte å avstå grunnet høy risiko for hjertesvikt på lang sikt. Hun følges nå hver 3. måned med CT av hjertet og transøsofageal ekkokardiografi med tanke på lokalt residiv, og CT av thorax, abdomen og bekken med tanke på metastaser. Pasienten har ikke hatt behov for kontakt med psykisk helsevern eller brukt psykofarmaka etter utskrivningen fra psykiatrisk avdeling, selv om hun opplever at prosessen med cellegift og operasjoner har vært en stor belastning. Ett år etter innleggelsen på psykiatrisk avdeling har hun ingen psykiatriske symptomer eller søvnproblemer.

Diskusjon

Over 75 % av primære tumorer i hjertet er benigne. Myksom er vanligst blant disse, mens sarkom er hyppigst blant maligne tumorer (1). Intimt sarkom er en svært sjelden og alvorlig diagnose med dårlig prognose. Behandlingen er radikal kirurgisk reseksjon hvis mulig, noe som ofte innebærer omfattende kirurgi på vitale strukturer. Neoadjuvant kjemoterapi kan være aktuelt, men typisk opereres pasientene akutt på vital indikasjon uten tid til dette. Betydningen av adjuvant behandling er uavklart (2, 3). Bildediagnostikk av hjertetumorer er utfordrende, spesielt ved lavtette tumorer med lite kontrastopptak, som kan ligne benigne myksomer og tromboembolisk sykdom. CT og eventuelt MR av hjertet samt ekkokardiografi brukes ved utredning og kontroller (4). Tumorer i hjertet kan ha uspesifikke symptomer (5), noe som kan føre til at tilstanden oppdages på et sent stadium. Hvis de er i venstre atrium, er det typisk å få symptomer på hjertesvikt, som dyspné, ortopné, ødemer, hoste og utmattelse. Embolisme til systemkretsløpet fra tumorfragmenter eller tromber kan forekomme (1). Vår pasient hadde blant annet symptomer på hjertesvikt, og man kan spekulere i om hennes psykiatriske symptomer muligens var betinget i langvarige søvnproblemer, som igjen var forårsaket av hjertetumoren med leieavhengig dyspné.

Kasuistikken illustrerer betydningen av grundig anamnese, god somatisk undersøkelse og oppfølging av avvikende blodprøvesvar hos psykiatriske pasienter.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Gaasch WH, Salm TJV. Cardiac tumors. UpToDate Version 30.0. <https://www.uptodate.com/contents/cardiac-tumors> Lest 6.11.2019.

2. Van Dievel J, Sciot R, Delcroix M et al. Singel-center experience with intimal sarcoma, an ultra-orphan, commonly fatal mesenchymal malignancy. *Oncol Res Treat* 2017; 40: 353–9. [PubMed][CrossRef]
3. Ramlawi B, Leja MJ, Abu Saleh WK et al. Surgical treatment of primary cardiac sarcomas: Review of a single-institution experience. *Ann Thorac Surg* 2016; 101: 698–702. [PubMed][CrossRef]
4. Edquist M, Lui C, Kilimnik G et al. Computed tomography imaging characteristics of primary atrial intimal sarcoma. *Clin Imaging* 2019; 54: 112–5. [PubMed][CrossRef]
5. Mendes EM, Ferreira A, Felgueiras P et al. Primary intimal sarcoma of the left atrium presenting with constitutional symptoms. *Oxf Med Case Rep* 2017; 7: 109–12. [CrossRef]

Publisert: 20. april 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0455

Mottatt 30.6.2019, første revisjon innsendt 18.11.2019, godkjent 6.2.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.