

Випадок злоякісного перебігу міксоми правого передсердя

Вітовський Р.М., Ісаєнко В.В., Кривенький О.В., Яковенко І.Г., Піщурін О.А.,
Білинський Є.О., Парацій О.З., Дєждова Т.І., Чернякова Л.С.

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН» (Київ)

Представлено цікавий випадок злоякісного перебігу міксоми правого передсердя (ПП), що характеризується складністю діагностики і виявленою під час операції незвичайною поширеністю пухлинного процесу. Незважаючи на результат патогістологічного дослідження видаленого новоутворення, нами спостерігався надто агресивний процес доброякісної пухлини (міксоми) у ПП.

Ключові слова: міксома, праве передсердя, доброякісна пухлина, злоякісний перебіг.

Близько 25% пер-винних серцевих новоутворень належать до первинних злоякісних пухлин, майже 75% інших новоутворень є за своєю гістоло-гічною будовою доброякісними [2, 3, 7]. Міксома серця (новоутворення, що найбільш часто зустрічається) є гістологічно доброякісною, проте її локалізація і зростання становлять небезпеку для життя пацієнта внаслідок загрози емболії судин великого кола кровообігу фрагментами пухлини або обтурації атріовентрикулярних клапанів [1–6]. При хірургічному лікуванні міксом серця в більшості випадків вдається уникнути таких ускладнень і радикально видалити пухлину. Можливість виконання останнього зумовлена відносно сприятливими розмірами, часто вираженою рухливістю і розташуванням основи міксоми серця. З огляду на це певна точність маніпуляцій і прецизійність хірургічної техніки дозволяє радикально видалити новоутворення, попередивши в абсолютній більшості випадків вірогідність рецидивування [8–12].

Мета дослідження – представити незвичайний випадок злоякісного перебігу міксоми правого передсердя, а також особливості тактики хірургічного лікування цього захворювання.

Матеріал і методи. За даними НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН з 1970 р. по теперішній час спостерігалось 54 хворих з різними видами і локалізацією злоякісних пухлин серця (ЗПС), що склало 6,9% загальної кількості (779) спостережуваних пацієнтів із серцевими пухлинами.

Локалізація міксом у правому передсерді (ПП) виявлялася у 62 (8,9%) хворих, що є другою за частотою локалізацією в камерах серця (найчастіше в лівому передсерді (ЛП) – 609, що склало 87,3%).

Зважаючи на викладене, ми визнали доцільним представити одне з наших спостережень незвичайного ураження міксомою правого передсердя. Цей випадок цікавий у зв'язку із складністю діагностики і виявленою під час операції незвичайною поширеністю пухлинного процесу.

Вивчалися особливості клінічного перебігу захворювання. Застосовувалися як лабораторні, так і інструментальні методи дослідження, серед яких, поряд із двомірною доплер-ЕхоКГ із кольоровим доплерівським картируванням, застосовувалася мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ).

Результати. Пацієнт Б., 64 роки (І/х № 3293), поступив 19.06.2013 у Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН з діагнозом міксом ПП, ві-

рогідне злоякісне новоутворення тонкого кишечника. Попередній діагноз міксому ПП був поставлений при комплексному обстеженні в Київському міському консультативно-діагностичному центрі, де хворий був обстежений 30.05.2013: виконана МСКТ органів грудної і черевної порожнин, позачеревного простору і малого тазу. При дослідженні в порожнині ПП визначалося новоутворення до 57 мм в діаметрі з нерівними краями, яке неоднорідно фіксує контраст, інтенсивно пов'язане з латеральною стінкою ПП. Крім того, в топічній проекції тонкого кишечника зліва, на рівні L2-S1, визначалося новоутворення за типом порожнистого органу з потовщенням стінок до 32 мм, протяжністю до 120 мм, а також поодинокі регіонарні лімфовузли розмірами до 10 мм. Запідозрено злоякісне ураження тонкого кишечника. Зверталася увага на значне розширення непарної вени. При ЕГДФС та іригоскопії ознак органічної патології не виявлено.

Пацієнт був направлений у Київський міський онкоцентр, де йому було запропоновано оперативне лікування, яке передбачало видалення пухлини черевної порожнини. Проте у зв'язку з наявністю новоутворення в ПП першим етапом передбачалося проведення операції в Інституті серцево-судинної хірургії.

Під час госпіталізації пацієнта в Інститут висловлювалися постійні скарги на помірну задишку і стомлюваність, пов'язані з фізичним навантаженням, періодично виникаючі болі в ділянці серця. Клінічних ознак вираженої застійної серцевої недостатності не було. АТ – 130/80. Родинний анамнез, анамнез життя – без особливостей. Пальпаторно над лівою клубовою ділянкою визначалося щільне горбисте малорухоме новоутворення, розміром 10x14 см.

З боку інших органів і систем, а також за результатами лабораторних досліджень патологічних змін не відмічалось. Аускультативно патологічні шуми не визначалися. Рентгенологічне дослідження виявило незначне збільшення серця, яке мало мітральну конфігурацію, визначалося деяке збіднення легеневого малюнка. На ЕКГ – синусовий ритм, ознаки помірного перевантаження шлуночків серця. Загальні клінічні аналізи крові і сечі, а також біохімічний аналіз крові були в межах норми, незважаючи на пухлинне ураження тонкого кишечника.

При двомірній ЕхоКГ в ПП лоцирувалося крупне, малорухоме, фрагментоване, безформенне новоутворення, не пролабуюче в правий атріовентрикулярний отвір.

Пухлина не мала чітких контурів, змінюючи свою форму в процесі руху, з великою долею вірогідності відриву її фрагментів із загрозою емболії. При цьому новоутворення фіксувалося до зовнішньої стінки передсердя і в напрямі верхньої порожнистої вени. Згідно з ознаками, виявленими при ЕхоКГ, диференціювати характер пухлини не видавалося можливим. Скоротливість і розміри лівого шлуночка були в межах норми (КДО – 112 мл, ФВ – 60%). Функція клапанного апарату не порушена.

Враховуючи значний ризик фрагментації новоутворення, хворому запропоновано невідкладне оперативне лікування, яке було проведено 21.06.2013 р. в умовах штучного кровообігу. Передбачуваним обсягом операції було видалення новоутворення правого передсердя, проте після проведення візуальної і пальпаторної ревізії серця та магістральних судин з'ясувалося, що праве передсердя, верхня порожниста вена, вена апоніма значно ущільнені і заповнені щільним вмістом. Праве передсердя практично повністю заповнене щільною пухлинною тканиною. Невелика вільна від пухлини ділянка правого передсердя виявлялася в місці впадіння нижньої порожнистої вени.

Зважаючи на отримані дані огляду, підключення апарату штучного кровообігу мало деякі особливості. Канюлювалися аорта і нижня порожниста вена в місці впадіння в ПП. Верхня порожниста вена (ВПВ) не канюлювалася. Операція виконувалася при помірній

гемодилуції і гіпотермії (28 °С). Захист міокарда включав використання кардіоплегічно-го розчину Кустодіол і місцеве охолодження серця крижаною крихтою.

Після подовжнього розтину ПП у його порожнині виявлено новоутворення желеподібної консистенції, що заповнювало практично всю порожнину правого передсердя. Ревізія пухлини показала наявність її щільної фіксації на великій площі внутрішньої поверхні ПП: поширення від тристулкового клапана догори, перехід на гирло ВПВ, поширення на бічну стінку ПП, міжпередсердну перегородку, враження практично всієї її поверхні до коронарного синуса. При цьому місце фіксації новоутворення виявилось незвичайної щільності, стінка передсердя значно потовщена. Кровотік по ВПВ відсутній у зв'язку із щільним заповненням її просвіту пухлинною тканиною. При пальпації ВПВ та вена апоніма є щільними тяжами.

Після видалення частини пухлини з ПП до місця впадіння ВПВ була здійснена спроба відновлення її просвіту, яка успіху не мала. Кровотік по ВПВ був відсутній. З огляду на наявність щільних зрощень пухлини із стінкою ВПВ і веною апоніма, відсутність синдрому верхньої порожнистої вени, подальше видалення новоутворення вирішено було припинити. Відновлена цілісність ПП. Експрес-біопсія видаленого новоутворення визначила міксому.

У післяопераційному періоді у пацієнта спостерігалася помірна серцева недостатність, що потребувала використання протягом 12 годин допміна в дозі 5 мкг/кг/хв. в умовах реанімаційного відділення. У загальноклінічне відділення пацієнта було переведено на третю добу. У задовільному стані пацієнт був виписаний через 10 діб після операції і направлений на подальше лікування в онкологічний стаціонар за місцем проживання.

Результати та обговорення. Незважаючи на результат патогістологічного дослідження видаленого новоутворення – міксому (доброякісна пухлина), нами спостерігався незвичайний та надто агресивний процес у ПП. На відміну від типового місця прикріплення, основа новоутворення, яка спостерігалася, була щільною сполучною тканиною, що поширювалася зі стінок ПП на ВПВ і вену апоніма, видалити яку не видавалося можливим. Лише желеподібна консистенція пухлини, характерна для міксому, давала можливість диференціювати це новоутворення. Проте остаточний висновок дало лише гістологічне дослідження. Відсутність синдрому верхньої порожнистої вени, очевидно, було пов'язано з дренажуванням крові її басейну через розширену непарну вену в нижню порожнисту вену, що дало можливість провести адекватний штучний кровообіг на одній венозній магістралі. Виявлене розширення непарної вени свідчило про поступове зниження кровотоку по ВПВ до повного припинення у зв'язку з оклюзією пухлинною тканиною. Вкрай складно визначити первинне місце локалізації пухлини. Проте можна передбачити, що пухлинний процес, виникнувши в порожнині правого передсердя, з подальшим нехарактерним інвазивним зростанням поширився по стінці правого передсердя з проникненням у ВПВ та її басейн, порушуючи кровотік. Таким чином, мав місце злоякісний перебіг гістологічно доброякісного новоутворення – міксому правого передсердя. Важко визначити вплив злоякісного процесу в тонкому кишечнику на характер зростання новоутворення в ПП, оскільки через тиждень після виписки з НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН пацієнтові була виконана паліативна операція в онкологічному стаціонарі з приводу злоякісної карциноми тонкого кишечника IV стадії.

Література

1. Малащенко А. И., Кавсадзе В. Э. Хирургия опухолей сердца. – М., 2004. – 94 с.
2. Кнышов Г. В., Витовский Р. М., Захарова В. П. Опухоли сердца. – К., 2005. – 256 с.

3. Shanmugam G. Primary cardiac sarcoma // Eur. J. Cardiothorac Surg. – 2006. – Vol. 29 (6). – P. 925–32.
4. Neragi-Miandoab S., Kim J., Vlahakes G. J. Malignant tumours of the heart: a review of tumour type, diagnosis and therapy // Clin Oncol (R Coll Radiol). – 2007. – Vol. 19 (10). – P. 748–56.
5. Simpson L., Kumar S. K., Okuno S. H., Schaff H. V., Porrata L. F., Buckner J. C., et al. Malignant primary cardiac tumors: review of a single institution experience // Cancer. – 2008. – Vol. 112 (11). – P. 2440–6.
6. Yuan S. M., Shinfeld A., Lavee J., Kuperstein R., Haizler R., Raanani E. Imaging morphology of cardiac tumours // Cardiol J. – 2009. – Vol. 16 (1). – P. 26–35.
7. Diaz A., Di Salvo C., Lawrence D., Hayward M. Left atrial and right ventricular myxoma: an uncommon presentation of a rare tumour // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 12, № 4. – P. 622–623.
8. Hill M., Cherry C., Maloney M., Midyette P. Surgical resection of atrial myxomas // AORN J. – 2010. – Vol. 92, № 4. – P. 393–406.
9. Nowak T., Stachurski A., Rachwalik M. et al. Big myxoma of the left atrium suggesting pulmonary embolism // Kardiol. Pol. – 2010. – Vol. 68, № 6. – P. 695–696.
10. Oliveira R., Branco L., Galrinho A. et al. Cardiac myxoma: a 13-year experience in echocardiographic diagnosis // Rev. Port. Cardiol. – 2010. – Vol. 29, № 7. – P. 1087–1100.
11. Park J., Song J. M., Shin E. et al. Cystic cardiac mass in the left atrium: hemorrhage in myxoma // Circulation. – 2011. – Vol. 123, № 10. – P. 368–369.
12. Yavuz S., Eris C., Sezen M. et al. Recurrent multiple cardiac myxomas // Bratisl. Lek. Listy. – 2010. – Vol. 111, № 10. – P. 549–551.

Случай злокачественного течения миксомы правого предсердия

Витовский Р.М., Исаенко В.В., Кривенький А.В., Яковенко И.Г., Пищурин А.А., Билинский Е.А., Параций А.З., Дедкова Т.И., Чернякова Л.С.

Представлен интересный случай злокачественного течения миксомы правого предсердия, характеризующийся сложностью диагностики и выявленной во время операции необычной распространенностью опухолевого процесса. Несмотря на результат патогистологического исследования удалённого новообразования, нами наблюдался весьма агрессивный процесс доброкачественной опухоли (миксомы) в ПП.

Ключевые слова: *миксома, правое предсердие, доброкачественная опухоль, злокачественное течение.*

Case of Malignant Course of Myxoma of Right Atrium

Vitovsky R.M., Isaenko V.V., Krivenky O.V., Yakovenko I.G., Pishchurin O.A., Bilynskyi E.O., Paratsiy O.Z., Dedkova T.I., Chernyakova L.S.

The interesting case of malignant course of myxoma of right atrium (RA), characterized by complication of diagnostics and unusual expansion of tumour process revealed during an operation, is presented. Not looking on the result of pathogistology research of remote new formation, we observed a very aggressive process in RA of benign tumour (myxoma).

Key words: *myxoma, right atrium, benign tumour, malignant course.*