

НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРАВОГО ПРДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТА С ХОНДРОСАРКОМОЙ ЛЕВОЙ ЛОПАТКИ

Р.М. Витовский, В.В. Исаенко, А.В. Кривенький,
И.Г. Яковенко, А.А. Антощенко, Е.А. Белинский,
А.З. Параций, Маари Ахмед, Т.И. Дедкова, Н.М. Верич

Национальная медицинская академия последипломного
образования им. П.Л.Шупика

Национальный Институт сердечно-сосудистой хирургии
им. Н.М. Амосова АМН Украины

Различают первичные и вторичные злокачественные опухоли сердца. Метастазы в сердце обычно возникают благодаря их гематогенному или лимфогенному распространению или вследствие прямой инвазии.

В абсолютных цифрах метастазы в сердце чаще всего встречаются при раке молочной железы и легких, что отражает наибольшую распространенность этих опухолей и объясняется соседствующим расположением упомянутых органов. Обычно они представляют собой небольшие, жесткой консистенции узелки. Иногда может наблюдаться диффузная инфильтрация.

Представленное в работе клиническое наблюдение больного с вторичным опухолевым поражением правого предсердия представляет практический интерес с точки зрения сложности диагностики, необычного пути метастазирования и непредсказуемости макроструктуры новообразования.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, метастазы, инвазия.

Большинство зарубежных и отечественных кардиохирургов подразделяют опухоли сердца на первичные доброкачественные и злокачественные новообразования и вторичные (метастатические) злокачественные опухоли [1-5,

17,18].

Около 75% всех первичных сердечных новообразований являются по своему гистологическому строению доброкачественными, а 25% относятся к первичным злокачественным неоплазмам [2,3,7].

Первичные злокачественные сердечные новообразования встречаются крайне редко, что объясняется, по-видимому, особенностями метаболизма миокарда, коронарным кровотоком и ограниченностью лимфатических соединений внутри сердца [2,12,15]. На аутопсии они выявляются намного чаще, чем при клинических исследованиях.

Вторичные опухоли сердца встречаются в 13-40 раз чаще, чем первичные [2,4]. Метастазирование в сердце или прорастание опухоли в миокард и перикард регистрируются, по различным данным, у 0,3-27% умерших от злокачественных новообразований. Метастазы в сердце чаще всего возникают на фоне развернутой клинической картины основного заболевания, обычно имеются первичное или метастатическое поражения где-либо в грудной полости. Наиболее часто такое вторичное поражение наблюдается при раке легкого, пищевода, молочной или щитовидной железы, а также при меланоме, лимфомах, миеломах, лимфогранулематозе [6,7,9,10]. В абсолютных цифрах метастазы в сердце чаще всего встречаются при раке молочной железы и легких, что отражает наибольшую распространенность этих опухолей. Тем не менее, иногда метастазы в сердце могут быть первыми проявлениями опухоли иной локализации.

У большинства больных метастазы не служат причиной существующих клинических проявлений, а возникают на фоне предшествующих проявлений злокачественной опухоли. Метастазы в сердце могут давать различные симптомы, чаще всего это одышка, появление систолического шума, признаки острого перикардита, тампонада сердца, быстрое увеличение площади сердечного контура при рентгенологическом исследовании, вновь появившиеся нарушения ритма сердца, атриовентрикулярная блокада, застойная сердечная недостаточность. Как и при первичных опухолях сердца, клинические проявления больше зависят от

локализации и размеров опухоли, чем от ее гистологического типа. Многие из этих признаков и симптомов могут наблюдаться также при миокардитах, перикардитах, кардиомиопатиях либо быть результатом лучевой терапии или химиотерапии [12-16].

Характер распространения, объем поражения злокачественным новообразованием сердца иногда определить крайне сложно. Об этом свидетельствует клинический случай, который наблюдался в НИССХ,

Цель исследования – представить неординарный случай вторичного поражения правого предсердия злокачественным новообразованием, характер и размер которого был распознан только во время операции, а также особенности хирургического лечения такого поражения.

Материал и методы. По данным НИССХ им. Н.М. Амосова АМН Украины с 1970г. по настоящее время наблюдалось 49 больных с различными видами и локализацией злокачественных опухолей сердца (ЗОС), что составило 7,8% от общего количества наблюдаемых пациентов с сердечными опухолями (631). Локализация ЗОС в правом предсердии (ПП) отмечалась у 6 (12,2%) больных случаев, что является третьей по частоте локализации изолированного выявления в камерах сердца данной патологии (наиболее часто - в левом предсердии (ЛП) - 19, что составило 38,8%).

Учитывая изложенное, мы сочли целесообразным представить одно из наших наблюдений опухолевого поражения правого предсердия хондросаркомой. Этот случай интересен в связи со сложностью диагностики и выявленной во время операции необычной распространенностью опухолевого процесса.

При этом изучались особенности клинического течения заболевания. Применялись как лабораторные, так и инструментальные методы исследования, среди которых ведущую роль играла трансторакальная двухмерная доплер ЭхоКГ с цветным доплеровским картированием, позволившая выявить новообразование.

Результаты.

Пациент Н., 49 лет, (И/б № 1128) поступил 16.03.2009г. в Национальный

институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова АМН Украины (ИССХ), с диагнозом – миксома правого предсердия. Предварительный диагноз миксомы правого предсердия (ПП) был поставлен при комплексном обследовании в Институте рака, куда больной поступил в январе 2009 года с диагнозом «опухоль левой лопатки». В результате пункционной биопсии был выставлен диагноз «хондросаркома лопатки». Больному была предложена операция по удалению опухоли. Однако при проведении эхокардиографического обследования в полости ПП было обнаружено подвижное новообразование. В связи с этим, для уточнения диагноза и проведения предварительной кардиохирургической операции пациент был направлен в ИССХ.

Согласно данным анамнеза считает себя больным с января 2009 года, когда возникли постепенно усиливающиеся боли в области левого плеча и лопатки. Появилось ограничение движения плеча. При этом отмечались постоянные жалобы на одышку и утомляемость, связанные с физической нагрузкой, периодически возникающие боли в области сердца. Клинических признаков выраженной застойной сердечной недостаточности не было. АД – 130/80. Семейный анамнез, анамнез жизни – без особенностей. При объективном обследовании отмечался небольшой цианоз губ. Пальпаторно, в верхней трети левой лопатки, определялось плотное образование, размером 10x10x3 см, деформирующее лопатку, выступая над ее уровнем.

Со стороны других органов и систем, а также результатов лабораторных исследований патологических изменений не отмечено. Аускультативно определяется систолический шум малой интенсивности в проекции верхушки. Рентгенологическое исследование выявило незначительное увеличение сердца, которое имело митральную конфигурацию, отмечалось некоторое ослабление легочного рисунка. На ЭКГ – трепетание предсердий с частотой сокращений желудочков 80 ударов в 1 мин. Признаков перегрузки желудочков сердца, коронарной недостаточности – не выявлено. Общие клинические анализы крови и мочи, а также биохимический анализ крови были в пределах нормы, несмотря на

значительное опухолевое поражение лопатки.

При двухмерной ЭхоКГ в правом предсердии лоцировалось крупное, подвижное, значительно фрагментированное безформенное образование, пролабирующее в правое атриовентрикулярное отверстие, перемещаясь в систолу и диастолу.

Опухоль не имела четких контуров, изменяя свою форму в процессе движения, с большой степенью вероятности отрыва ее фрагментов с угрозой эмболии. При этом место прикрепления четко уточнить не удалось, хотя было высказано предположение о ее возможном прикреплении в области нижней полой вены. Согласно признакам, выявленным при ЭхоКГ, дифференцировать характер опухоли не представлялось возможным. Сократимость и размеры левого желудочка были в пределах нормы (КДО – 112мл, ФВ – 68%). Функция клапанного аппарата не нарушена.

Учитывая значительный риск фрагментации новообразования, больному предложено безотлагательное оперативное лечение, которое было проведено 04.03.2009 г. в условиях искусственного кровообращения. Предполагаемым объемом операции было удаление новообразования правого предсердия, однако после проведения визуальной и пальпаторной ревизии сердца и магистральных сосудов выяснилось, что полость правого предсердия, верхняя полая вена, вена апонима значительно уплотнены, расширены и заполнены плотным содержимым. Это позволило предположить источник и инвазивный характер поражения правого предсердия, учитывая анамнез больного с хондросаркомой левой лопатки. Было решено провести максимально возможное удаление новообразования из полости сердца, устранив при этом высокую вероятность эмболии легочной артерии.

По стандартной методике налажено искусственное кровообращение. Канюлированы аорта и нижняя полая вена ниже места впадения в ПП. Верхняя полая вена (ВПВ) не канюлировалась. Забор крови из нее осуществлялся отсосами АИК. Операция выполнялась при умеренной гемодилюции и гипотермии (34°C). Была налажена искусственная фибрилляция сердца.

После продольного рассечения ПП в его полости обнаружено белесоватое образование, плотноэластической консистенции и крайне необычной формы. Из просвета ВПВ в полость ПП проникала опухоль, которая была представлена множеством щупальцеобразных отростков, длина которых достигала 20 см (Рис. 1). При этом наиболее длинные, войдя в ПП, возвращались в просвет ВПВ.



Рис. 1. Хондросаркома щупальцеобразной формы, удаленная из полости правого предсердия.

Удалив часть опухоли из ПП, представленную на рис. 1, была осуществлена попытка удаления новообразования из бассейна ВПВ. Разрез ПП продлен на ВПВ, которая полностью освобождена от новообразования, свободно расположенного в ее просвете. Учитывая наличие плотных сращений опухоли со стенкой вены аномалия, дальнейшее удаление новообразования решено было прекратить. Восстановлена целостность ВПВ и ПП. Экспрессбиопсия удаленного новообразования определила низкодифференцированную мезенхимальную хондросаркому.

В послеоперационном периоде у пациента наблюдалась умеренная сердечная недостаточность, потребовавшей применения в течение 36 часов допмина в дозе 5 мкг/кг в мин. в условиях реанимационного отделения. В общеклиническое отделение пациент был переведен на 8 сутки. В течение этого времени неоднократно возникала необходимость проведения дезинтоксикационной и обезболивающей терапии, которая продолжалась до выписки из кардиохирургического стационара. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан на 14 сутки после операции и направлен на дальнейшее лечение в онкологический стационар по месту жительства.

Результаты и обсуждение.

Представленный случай является неординарным примером вторичного поражения злокачественным опухолевым процессом полости сердца путем прорастания новообразования через магистральные сосуды. Ранее в нашей практике встречались пациенты со злокачественным поражением ПП опухолью, прорастающей через просвет НПВ с первичным злокачественным поражением печени. Предположить и диагностировать такой характер поражения не представляло больших сложностей, т.к. при проведении комплексного обследования больных обнаруживались опухолевые поражения печени с прорастанием в НПВ и ПП. Кроме того, соседствующее расположение ПП и печени, соединенных НПВ, предполагают сосудистый путь распространения злокачественного процесса печени непосредственно в ПП.

В описанном клиническом случае, первичный очаг злокачественного поражения располагался на левой лопатке. Предположить метастазирование опухоли в сердце было возможно. Однако, несмотря на осведомленность врачей о сопутствующем тяжелом опухолевом поражении левой лопатки, выявленный во время операции сосудистый путь распространения новообразования заподозрить было крайне сложно, учитывая отсутствие характерных клинических и объективных проявлений синдрома сдавления ВПВ и вены *anonymi*, просвет которых был значительно уменьшен.

Выводы. Представленный случай злокачественного поражения правого предсердия еще раз подтверждает реальность распространения опухолевого процесса по сосудистой системе на большом протяжении. При этом клинические проявления поражения магистральных сосудов могут быть крайне скудными.

Литература

1. А.И. Малашенков, В.Э. Кавсадзе. Хирургия опухолей сердца. – М., Медицина, 2004. –94 с.
2. Г.В. Кнышов, Р.М. Витовский, В.П. Захарова. Опухоли сердца. – К., Преса України. - 2005. – 256 с.
3. Shanmugam G. Primary cardiac sarcoma. Eur. J. Cardiothorac Surg. – 2006. –Vol. 29(6). – P. 925-32.
4. Longino L.A., Meeker I. P. Primary cardiac tumors in infancy. // J. Pediat. V. - 1953. – Vol. 43. - P. 724-731.
5. Neragi-Miandoab S, Kim J, Vlahakes GJ. Malignant tumours of the heart: a review of tumour type, diagnosis and therapy. Clin Oncol (R Coll Radiol). – 2007. –Мщд. 19(10). – P. 748-56.
6. Simpson L, Kumar SK, Okuno SH, Schaff HV, Porrata LF, Buckner JC, et al. Malignant primary cardiac tumors: review of a single institution experience. - Cancer. – 2008. – Vol. 112(11). – P. 2440-6.
7. Zhang PJ, Brooks JS, Goldblum JR, Yoder B, Seethala R, Pawel B, et al. Primary cardiac sarcomas: a clinicopathologic analysis of a series with follow-up information in 17 patients and emphasis on long-term survival. Hum Pathol. Sep 2008;39(9):1385-95.
8. Yuan SM, Shinfeld A, Lavee J, Kuperstein R, Haizler R, Raanani E. Imaging morphology of cardiac tumours. Cardiol J. 2009;16(1):26-35.
9. Meng Q, Lai H, Lima J. Echocardiographic and pathologic characteristics of primary cardiac tumors: a study of 149 cases. Int J Cardiol. – 2002. – P. 84(1). - P. 69-75.
10. Reardon MJ, Walkes JC, Benjamin R. Therapy insight: malignant primary cardiac tumors. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. - 2006. Vol. 3(10). – P. 548-53.

11. Gowdamarajan A, Michler RE. Therapy for primary cardiac tumors: is there a role for heart transplantation?. *Curr Opin Cardiol.* – 2000. – Vol. 15(2). – P. 121-5.
12. Jimenez Mazuecos JM, Fuentes Manso R, Segovia Cubero J, Toquero Ramos J, Oteo Domínguez JF, Alonso-Pulpon Rivera L, et al. [Is heart transplantation for primary cardiac sarcoma a useful therapeutic option?]. *Rev Esp Cardiol.* – 2003. – Vol. 56(4). – P. 408-11.
13. Uberfuhr P, Meiser B, Fuchs A. Heart transplantation: an approach to treating primary cardiac sarcoma?. *J Heart Lung Transplant.* – 2002. – Vol. 21(10). – P. 1135-9.
14. Hoffmeier A, Deiters S, Schmidt C. Radical resection of cardiac sarcoma. *Thorac Cardiovasc Surg.* – 2004. – Vol. 52(2). – P. 77-81.
15. Grandmougin D, Fayad G, Decoene C, Pol A, Warembourg H. Total orthotopic heart transplantation for primary cardiac rhabdomyosarcoma: factors influencing long-term survival. *Ann Thorac Surg.* – 2001. – Vol. 71(5). – P. 1438-41.
16. Fernandes F, Soufen HN, Ianni BM. Primary neoplasms of the heart. Clinical and histological presentation of 50 cases. *Arq Bras Cardiol.* – 2001. – Vol. 76(3). P. 231-7.
17. Kosuga T, Fukunaga S, Kawara T. Surgery for primary cardiac tumors. Clinical experience and surgical results in 60 patients. *J Cardiovasc Surg.* - 2002. – Vol. 43(5). - P. 581-7.
18. Piazza N, Chughtai T, Toledano K. Primary cardiac tumours: eighteen years of surgical experience on 21 patients. *Can J Cardiol.* – 2004. – Vol. 20(14). – P. 1443-8.

**НЕЗВИЧАЙНИЙ ВИПАДОК ПУХЛИННОГО УРАЖЕННЯ ПРАВОГО
ПЕРЕДСЕРДДЯ У ПАЦІЄНТА ІЗ ХОНДРОСАРКОМОЮ ЛІВОЇ ЛОПАТКИ**

Р.М. Витовский, В.В. Исаенко, А.В. Кривеньний,

И.Г. Яковенко, А.А. Антощенко, Е.А. Белинский,

А.З. Параций, Маари Ахмед, Т.И. Дедкова, Н.М. Верич

Розрізняють первинні і вторинні злоякісні пухлини серця. Метастази в серці

зазвичай виникають завдяки їх гематогенному поширенню або унаслідок прямої інвазії.

У абсолютних цифрах метастази в серці найчастіше зустрічаються при раку молочної залози і легенів, що відображає найбільшу поширеність цих пухлин і пояснюється сусіднім розташуванням зазначених органів. Зазвичай вони уявляють собою невеликі вузлики, жорсткої консистенції. Інколи може спостерігатися дифузна інфільтрація.

Представлене в роботі клінічне спостереження хворого з вторинним пухлинним ураженням правого передсердя представляє практичний інтерес з точки зору складності діагностики, незвичайного шляху метастазування і непередбачуваності макроструктури новоутворення.

Ключові слова: злоякісні пухлини, метастази, інвазія.

UNUSUAL CASE OF TUMOUR LESION OF THE RIGHT AURICLE IN PATIENT WITH KHONDROSARKOMOY OF THE LEFT SHOULDER-BLADE

R.M. Vitovskiy, V.V. Isaenko, A.V. Krivenkiy,

I.G. Yakovenko, A.A. Antoschenko, E.A. Belinskiy,

A.Z. Paraciy, Maari Ahmed, T.I. Dedkova, N.M. Verych

There are primary and secondary malignant tumors of the heart. Metastases to the heart usually arise due to hematogenous spread or lymphogenous or by direct invasion. In absolute terms, metastases in the heart most commonly found in breast and lung cancer, which reflects the highest incidence of these tumors and explains neighboring location of those organs . Usually they are small nodules with hard consistency. Sometimes there may be a diffuse infiltration. Represented in the work of clinical observation of the patient with secondary tumor of the right atrium presents the practical interest in terms of diagnosis, unusual ways of metastasis and the unpredictability of the macrostructure of

this tumor.

Key words: malignant tumours, metastases, invasion