

Витовский Р. М.^{1,2}, д-р мед. наук, профессор, заведующий отделом полиорганной недостаточности и акушерской кардиохирургии, профессор кафедры хирургии сердца и магистральных сосудов, <https://orcid.org/0000-0001-5318-6708>

Исаенко В. В.², канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии сердца и магистральных сосудов, <https://orcid.org/0000-0002-7209-358X>

Пищурин А. А.², канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии сердца и магистральных сосудов, <https://orcid.org/0000-0001-5931-9970>

Яковенко И. Г.¹, врач-перфузиолог отдела полиорганной недостаточности и акушерской кардиохирургии

Онищенко В. Ф.², канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии сердца и магистральных сосудов, <https://orcid.org/0000-0002-9616-838X>

¹ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН Украины», г. Киев, Украина

²Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

К вопросу о рецидивах миксом сердца: необычный случай из практики

Резюме. В данной статье приводится необычный случай выявления множественных миксом многокамерного поражения сердца через 6 лет после удаления миксомы левого предсердия типичной локализации. При этом в ходе операции по удалению миксомы левого желудочка обнаружены начинающие свой рост миксомы левого и правого предсердия. Технической особенностью удаления левожелудочковой миксомы верхушечной локализации было применение торакоскопических инструментов, что значительно облегчало ревизию и удаление труднодоступного новообразования. Наш опыт хирургического лечения миксом сердца представлен 868 операциями. При этом повторные операции были выполнены у 12 пациентов, что связано с рецидивированием опухолевого процесса либо возникновением опухоли в местах, отличных от первичной локализации. При подозрении на миксому сердца необходимо исключить возможность «миксомного синдрома», частота выявления которого, по нашим данным, составила 0,8 % случаев.

Ключевые слова: миксома сердца, хирургическое лечение, рецидив, левое предсердие, многокамерное поражение, инструменты для торакоскопической хирургии, миксомный синдром.

При анализе литературных источников, рецидив миксомы регистрируется в 2,1–5,3 % случаев [1–3]. В случаях лечения семейных миксом необходимость выполнения повторных операций может достигать 20–25 % [4, 5].

Следует принять во внимание, что среди всех доброкачественных опухолей сердца миксомы выявляются до 80 % случаев, необходимость хирургического удаления которых не вызывает сомнений [6]. Рецидивирование заболевания встречается довольно редко при условии радикального удаления новообразования. Однако исследования показывают, что абсолютное соблюдение условий абластики не может полностью гарантировать отсутствие развития рецидива опухолевого процесса. При этом повторные операции не всегда связаны с истинным рецидивированием в месте первичной локализации миксомы. Намного чаще повторный рост миксом возникает в местах, отличных от первичного процесса. И об этом следует всегда

помнить, наблюдая пациентов в послеоперационном периоде. Об одном из таких случаев мы хотим поделиться в данном сообщении и представить наш опыт выполнения повторных операций у больных с миксомами сердца. Следует отметить, что анализ рецидивов данной патологии может способствовать улучшению понимания механизма развития этого заболевания, пути его радикального лечения и эффективной диспансеризации в послеоперационном периоде.

В настоящее время Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН Украины располагает опытом хирургического лечения 968 опухолей сердца. При этом миксомы различной локализации, в том числе и множественные, наблюдались в 868 случаях. Следует отметить, что 87,9 % миксом сердца имели левопредсердную локализацию. Опыт большого количества наблюдений пациентов с такой патологией позволяет провести объективный анализ результатов хирургического ле-

чения и определить некоторые особенности проявления и течения изучаемого заболевания в послеоперационном периоде.

Цель – представить случай, который имеет особый интерес в связи с необычным множественным миксомным поражением сердца многоокамерной локализации.

Материалы и методы. Предпосылкой к написанию этой статьи был очередной клинический случай повторного хирургического вмешательства у пациентки К., 58 лет, которая поступила в Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН Украины 21.02.2021 г. с новообразованием в полости левого желудочка (ЛЖ) верхушечной локализации. Из анамнеза известно, что в 2015 году пациентка была оперирована в нашем Институте по поводу миксомы левого предсердия (ЛП), протекавшей на фоне умеренной анемии (Hb – 94 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$) и повторных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения с левосторонним гемипарезом. При первой операции миксома ЛП гроздевидной формы, желеобразной консистенции, размерами $8 \times 6 \times 5$ см фиксировалась в верхней трети межпредсердной перегородки (МПП) основанием до 2 см в диаметре. С большой долей вероятности можно утверждать, что течение заболевания сопровождалось эмболическими осложнениями, источником которых являлись фрагменты миксомы, с поражением сосудов головного мозга. На момент первой операции новообразования ЛЖ не выявлено.

Следует отметить, что в начале 2020 года при эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентки было выявлено образование ЛЖ в области верхушки, малоподвижное, на широком основании, размером $0,8 \times 0,8$ см. Учитывая небольшие размеры и отсутствие признаков возможной фрагментации новообразования, хирургическое лечение было отложено.

Сравнительный анализ данных ЭхоКГ на очередной консультации показал значительный рост новообразования до 2 см в диаметре. При этом проявилась его желеобразная консистенция с признаками неровности контуров, увеличилась подвижность и склонность к возможной фрагментации. Жалоб специфического характера пациентка не предъявляла. На момент повторного поступления результаты лабораторных исследований были без патологических изменений.

Соответственно данным ЭхоКГ, демонстрирующим вероятность неконтролируемого роста новообразования, возможность фрагментации и эмболических осложнений, обусловленных сердечным циклом, несмотря на его относительно небольшие размеры, принято решение о хирургическом лечении.

Учитывая предполагаемые технические сложности, связанные с труднодоступной локализацией опухоли, а также сложность мобилизации сердца в связи

со спаечным процессом в перикарде, принято решение использовать торакоскопические видеокамеры и инструментарий для адекватной визуализации и манипуляций в области верхушки ЛЖ. Операция выполнялась 23.02.2021 г. в условиях искусственного кровообращения с умеренной гипотермией и применением кристаллоидной кардиopleгии (Кустодиол). Доступ к новообразованию решено выполнить через правое предсердие (ПП), МПП и митральный клапан. При выполнении правопредсердной атриотомии на МПП выявлена небольшая, размером до 2 мм, начинающая свой рост миксома желеобразного характера. При этом она локализовалась на поверхности верхнего лимба. Удалена с глубоким иссечением участка перегородки с последующим ушиванием дефекта тканей. После ее удаления выполнено рассечение МПП и ревизия ЛП. На задней стенке ЛП неожиданно выявлена еще одна миксома желеобразной консистенции на широком основании, размерами $0,5 \times 0,5$ см (рисунок 1), которая также удалена с иссечением участка стенки ЛП на всю глубину с последующим ушиванием образовавшегося дефекта проленом 4/0. Ревизия ЛЖ проводилась через просвет митрального клапана с применением видеокамеры, что дало возможность оценить локализацию, место прикрепления миксомы и возможность радикального удаления. Миксома представляла собой желеобразную массу в диаметре до 2–2,5 см, прикрепляющуюся к трабекулам верхушки ЛЖ. Под контролем видеокамеры, с помощью торакоскопических ножниц и пинцета, миксома была радикально удалена единым блоком с большим участком трабекулы, удерживающей новообразование (рисунки 2 и 3).

Таким образом, применение видеокамеры при данной локализации новообразования позволило

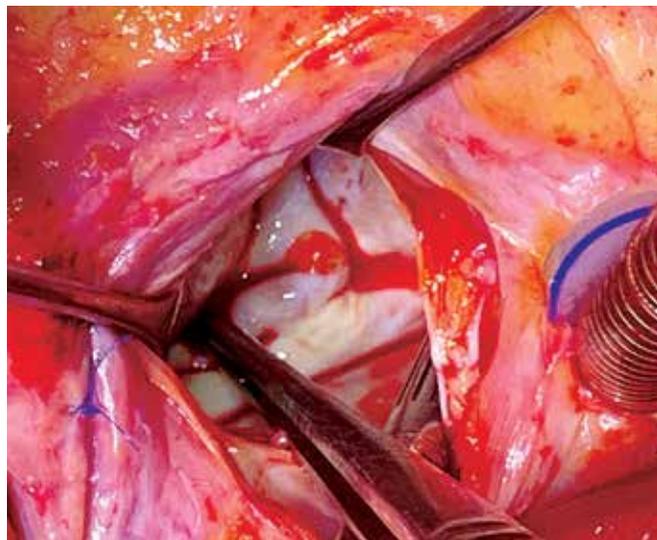


Рисунок 1. Небольшая миксома на задней стенке левого предсердия



Рисунок 2. Миксома верхушки ЛЖ, удаляемая из его полости с применением торакоскопической техники

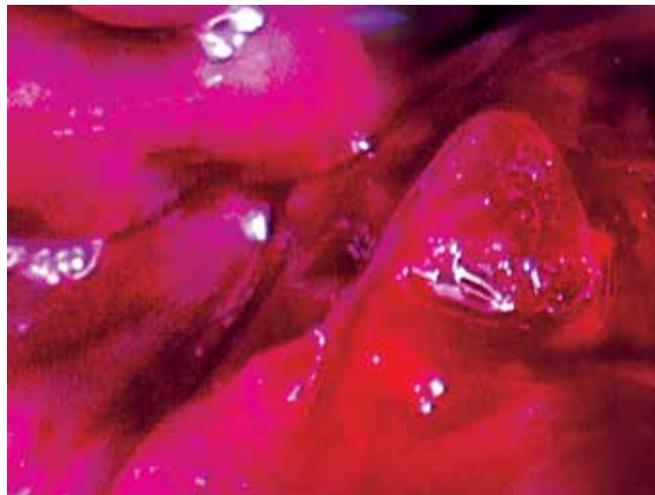


Рисунок 3. Участок удаленной трабекулы ЛЖ после удаления миксомы

осветить основание миксомы для адекватного его удаления с трабекулой ЛЖ, на которой опухоль была фиксирована. Применение деликатных манипуляций торакоскопическими инструментами в ограниченной полости ЛЖ позволило избежать травмы структур митрального клапана и провести ревизию труднодоступных мест ЛЖ. Окончательная ревизия ЛЖ под контролем зрения, а также с помощью видеокамеры показала отсутствие каких-либо дополнительных новообразований в его полости. Учитывая операционные находки многокамерного поражения сердца миксомным процессом, была выполнена тщательная ревизия всех полостей сердца. После многократного промывания камер сердца выполнено восстановление их структурной целостности и герметизация сердца. Послеоперационный период протекал без особенностей. Гистологическое исследование подтвердило характер новообразований как миксомы сердца. На 3-и сутки пациентка была переведена из отделения интенсивной терапии в общеклиническое отделение и в последующем выписана под наблюдение кардиологов по месту жительства.

Таким образом, представленный случай имеет особый интерес в связи с необычным множественным миксомным поражением сердца многокамерной локализации (рисунок 4). Оригинальность течения заболевания заключается в том, что в данном случае тщательное изучение анамнеза жизни не выявило характерных признаков семейных миксом и синдрома Карнея, что чаще всего характерно для многокамерного поражения сердца опухолевым процессом.

Результаты и их обсуждение. В преобладающем большинстве случаев миксом сердца представлены так называемыми спорадическими миксомами, кото-



Рисунок 4. Миксомы, удаленные из полостей правого, левого предсердий и левого желудочка (через 6 лет после удаления миксомы левого предсердия)

рые преимущественно локализуются в ЛП, реже – в других его камерах. Из их особенностей следует отметить уницентрическое происхождение опухоли, как правило, из МПП, редкое рецидивирование миксом после их радикального удаления.

По данным литературы, рецидив спорадической миксомы развивается примерно в 3 % опухолей [4]. Это может произойти через несколько месяцев или даже спустя годы после первой операции.

При небольших количествах операций по поводу миксом сердца, исчисляемых десятками на протяжении ряда лет, для различных кардиохирургических центров частота регистрации рецидивов данного заболевания может быть несколько выше, чем для центров, где такие операции насчитываются сотнями. Так, Oliveira R. и соавт. [7] представили исследование, в котором на 19 пациентов, в среднем за $5,2 \pm 3,7$ года было 2 рецидива (10,5 %). Sheng Wen-Bo и соавт. [8]

описывают 5 рецидивов (частота рецидивов 4,67 %) в своем исследовании.

Ряд исследователей считает, что максимальное удаление тканей МПП, окружающих основание миксомы, напрямую связано с отсутствием рецидивов. Рецидив включает в себя два основных риска: риск повторной операции, которая является более сложной как для кардиохирургов, так и для пациентов, и, конечно же, риск клинических проявлений самой опухоли. Поэтому задача кардиохирургов состоит в удалении опухоли полностью без промедления, с применением всех приемов абластики.

Тем не менее, такое патологическое образование, как миксома сердца должно вызывать настороженность относительно рецидива данного заболевания, который может иметь место, несмотря на все приемы абластики, используемые в хирургическом лечении в самых различных кардиохирургических центрах. Проведение ЭхоКГ кардиологам необходимо при наблюдении данных пациентов после выполнения хирургического лечения и обязательно с частотой 1 раз в год.

В литературе также приводятся сообщения о так называемых миксомах, входящих в состав миксокомплекса («миксомная болезнь», «миксомный синдром»). Миксомы сердца могут сочетаться с пятнистой пигментацией кожи, нарушениями функции эндокринных органов и экстракардиальными новообразованиями, способствуя формированию в 5–7 % их общего количества, а среди больных детского возраста – в 23 % случаев совершенно особой мультиорганной патологии, имеющей важное клинико-диагностическое, хирургическое и прогностическое значение.

В последующем, преимущественно в 80-х годах XX века, появились работы, в которых подчеркивалась возможность сочетания лентиго, веснушек, невусов, фиброаденом молочных желез и эндокринных опухолей с миксомами сердца. Только в 1985 году Carney J. и соавт. объединили пятнистую пигментацию кожи, миксому сердца, нарушения функции эндокринных органов и экстракардиальные опухоли в единый симптомокомплекс [9], названный Vidaillet A. и соавт. (1987) «миксомным синдромом» [10]. Это мультиорганная патология, патогенетическая основа которой в настоящее время неизвестна. Ее особенности многообразны и мало изучены.

У больных данной группы в 50 % случаев регистрируются множественные миксомы в различных камерах сердца, а также высокая частота семейного характера заболевания (25 %) и рецидивирования (17–21 %) после их удаления.

Пигментные изменения кожи в виде лентиго, невусов или веснушек либо с необычной локализацией в периорбитальной или периоральной зоне, на красной кайме губ, на границе кожной и конъюнктивальной поверхности век выявляются в 68 % случаев [11].

Третий составной элемент миксомного синдрома представлен новообразованиями кожи, волосяных фолликулов, подкожной клетчатки и внутренних органов (57 %) [10, 11]. Гистологически выявляются миксомы, папилломы, трихоэпителиомы, фолликулярные кератомы, фиброаденомы, нейрофибромы и лейомиомы с наиболее частой локализацией в области голосовых складок, молочных желез, лица, конечностей и туловища, наружных половых органов, ягодиц, матки. В 30 % случаев обнаруживаются опухоли эндокринных органов гипофиза, надпочечников, яичек, яичников и щитовидной железы. Изложенные данные свидетельствуют о том, что при подозрении на миксому сердца необходимо исключить возможность миксомного синдрома. Таким образом, требуется дальнейшее изучение и уточнение как существования, так и многообразия составляющих элементов данного симптомокомплекса.

Следует отметить, что к истинным рецидивам миксом сердца можно отнести возникновение опухоли в месте первичного ее удаления. Возникновение повторных новообразований в других камерах сердца не следует относить к рецидивам и чаще всего это является проявлением миксомного синдрома, как одного из составляющих его элементов.

Наш опыт хирургического лечения миксом сердца представлен 868 операциями, количество рецидивов миксом сердца составило 16 случаев (1,8 %). При этом повторные операции были выполнены у 12 пациентов, что связано с рецидивированием опухолевого процесса, либо возникновением опухоли в местах, отличных от первичной локализации. При этом следует отметить, что в четырех случаях выявления новообразований в послеоперационном периоде хирургическое лечение не выполнялось.

В трех из этих случаев рецидивы выявлены при отсутствии клинических проявлений заболевания при плановом осмотре. У этих пациентов соответственно через 7, 8 и 10 лет после первичной операции обнаружены инкапсулированные, малоподвижные опухолевидные новообразования ЛП (2) и ПП (1) размером по 1,7 см. Из-за малых размеров инкапсулированных новообразований, не мешающих функции атриовентрикулярных клапанов, что определялось клинически и ЭхоКГ, а также учитывая возраст больных, было решено временно воздержаться от повторной операции. Пациенты находятся под нашим постоянным наблюдением. Значительного роста опухолей не наблюдается. В одном из случаев рецидива миксомы ЛП хирургия была невозможна в связи с раковым поражением молочной железы с выраженным метастазированием в легкие. Причем это была молодая женщина, 26 лет, с классическими проявлениями миксомного синдрома.

Анализируя наши многолетние наблюдения миксом сердца, мы можем отметить, что пациенты с ис-

тинным проявлением и классическими признаками миксомного синдрома наблюдались в 7 (0,8 %) случаях. Все они имели атипичную локализацию опухолей, многокамерное поражение (4 пациента) и при этом 3 пациентов оперировались повторно в связи с выявлением новообразований в местах, отличных от первичной локализации. Одного из этих пациентов потребовалось оперировать трижды по причине возникновения левопредсердных миксом различного прикрепления.

Хотелось бы отметить, что во всех случаях многокамерного поражения миксомным процессом мы отмечали характерные признаки миксомного синдрома. Анализ интраоперационных данных показал, что для семейных миксом сердца, в противоположность спорадическим случаям, более свойственна склонность к первично-множественным опухолям, их мультицентрическому росту, экстрасептальной фиксации и склонности к возникновению новых новообразований. В наших наблюдениях эти особенности наблюдались во всех случаях, что подтверждается данными зарубежных авторов [8–11], описывающих семейные миксомы. Это свидетельствует о необходимости в подобных случаях во время операции особое внимание уделять радикальности, выявлению возможного мультицентрического роста опухоли, что достигается тщательной ревизией всех камер сердца и способствует профилактике рецидива заболевания. Морфологическая же характеристика семейных миксом сердца, по нашему мнению, требует дальнейшего изучения, так как она может иметь отличия от таковой при несемейном характере заболевания, что может явиться важным моментом в прогнозировании возникновения и возможного рецидивирования этого заболевания.

Однако наблюдаемый нами описываемый случай повторной операции удаления множественных миксом, поражающих три камеры сердца, не вписывается в клинические проявления миксомного синдрома, проявляющегося дополнительными экстракардиальными симптомами. Это может свидетельствовать о том, что в редких случаях спорадические миксомы также могут иметь мультицентрический характер роста с многокамерным поражением сердца. Поэтому тщательный осмотр и ревизия правых и левых отделов сердца, даже при удалении миксомы типичной локализации и спорадического характера, должно быть обязательной процедурой при выполнении хирургического вмешательства.

Выводы

1. Рецидивирование миксом сердца – одно из нечастых осложнений послеоперационного периода, однако требующее определенной настороженности и ежегодного эхокардиографического контроля.

2. В преобладающем большинстве случаев миксомы сердца представлены так называемыми спорадическими миксомами, которые чаще локализуются в ЛП и редко рецидивируют. При подозрении на миксом сердца необходимо исключить возможность «миксомного синдрома», частота выявления которого, по нашим данным, составила 0,8 % случаев.
3. Анализ показывает, что для пациентов с «миксомным синдромом», в противоположность спорадическим случаям миксом сердца, более свойственна склонность к первично-множественному и мультицентрическому росту, экстрасептальной фиксации и склонности к возникновению новых интрасердечных новообразований в отдаленном послеоперационном периоде.
4. В редких случаях спорадические миксомы также могут иметь мультицентрический характер роста с многокамерным поражением сердца, о чем свидетельствует описываемый нами случай повторной операции удаления множественных миксом, поражающих три камеры сердца, не имеющих типичных экстракардиальных проявлений миксомного синдрома.
5. Применение инструментов для торакоскопической хирургии может значительно облегчать удаление новообразований сердца труднодоступной локализации.

Список использованных источников

References

1. Vitovsky RM, Zaharova VP, Pishchurin IA, Isaenko VV, Krivenko AV, Yakovenko IG, et al. [Case of recurrence of left atrial myxoma]. *Cardiovascular Surgery Herald*. 2014;22:43-45. Ukrainian.
2. Guenther F, Siepe M, Schlensak C, Aumann K, Anton A, Niesen WD, et al. Images in cardiovascular medicine. Recurrence of a familial giant multilocular cardiac myxoma in a patient with Carney's complex. *Circulation*. 2011 Mar 1;123(8):929-932. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.783563>.
3. Choi J, de Costa A, Sabetai MM. Surgical management of a giant right atrial myxoma. *J Surg Case Rep*. 2018 Oct 29;2018(10):rjy288. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjy288>.
4. Siminelakis S, Kakourou A, Batistatou A, Sismanidis S, Ntoulia A, Tsakiridis K, et al. Thirteen years follow-up of heart myxoma operated patients: what is the appropriate surgical technique? *J Thorac Dis*. 2014 Mar;6(Suppl 1):S32-S38. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.10.21>.
5. Kim DS. A Comprehensive Perspective of Clinical and Echocardiographic Features in the Differential Diagnosis of Cardiac Myxomas and Myxoma-Like Masses. *Korean Circ J*. 2020 Sep;50(9):833-835. <https://doi.org/10.4070/kcj.2020.0309>.
6. Cianciulli TF, Cozzarin A, Soumoulou JB, Saccheri MC, Méndez RJ, Beck MA, et al. Twenty Years of Clinical Experi-

- ence with Cardiac Myxomas: Diagnosis, Treatment, and Follow Up. *J Cardiovasc Imaging*. 2019 Jan;27(1):37-47. <https://doi.org/10.4250/jcvi.2019.27.e7>.
7. Oliveira R, Branco L, Galrinho A, Abreu A, Abreu J, Fiarresga A, et al. Cardiac myxoma: a 13-year experience in echocardiographic diagnosis. *Rev Port Cardiol*. 2010; 29(7-8):1087-1100.
 8. Sheng WB, Luo BE, Liu Y, Zhang H, Zou LJ, Xu ZY, et al. Risk factors for postoperative recurrence of cardiac myxoma and the clinical managements: a report of 5 cases in one center and review of literature. *Chin Med J (Engl)*. 2012;125 (16): 2914-2918.
 9. Carney JA, Gordon H, Carpenter PC, Shenoy BV, Go VL. The complex of myxomas, spotty pigmentation, and endocrine overactivity. *Medicine (Baltimore)*. 1985 Jul;64(4):270-283. <https://doi.org/10.1097/00005792-198507000-00007>.
 10. Vidaillet HJ Jr, Seward JB, Fyke FE 3rd, Su WP, Tajik AJ. "Syndrome myxoma": a subset of patients with cardiac myxoma associated with pigmented skin lesions and peripheral and endocrine neoplasms. *Br Heart J*. 1987 Mar;57(3):247-255. <https://doi.org/10.1136/hrt.57.3.247>.
 11. Basson CT, MacRae CA, Korf B, Merliss A. Genetic heterogeneity of familial atrial myxoma syndromes (Carney complex). *Am J Cardiol*. 1997 Apr 1;79(7):994-995. [https://doi.org/10.1016/s0002-9149\(97\)00033-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9149(97)00033-7).

До питання про рецидиви міксом серця: незвичайний випадок із практики

Вітовський Р. М.^{1,2}, д-р мед. наук, професор, завідувач відділу поліорганної недостатності та акушерської кардіохірургії, професор кафедри хірургії серця та магістральних судин, <https://orcid.org/0000-0001-5318-6708>

Ісаєнко В. В.², канд. мед. наук, доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин, <https://orcid.org/0000-0002-7209-358X>

Піщурін А. А.², канд. мед. наук, доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин, <https://orcid.org/0000-0001-5931-9970>

Яковенко І. Г.¹, лікар-перфузіолог відділу поліорганної недостатності та акушерської кардіохірургії

Онщенко В. Ф.², канд. мед. наук, доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин, <https://orcid.org/0000-0002-9616-838X>

¹ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України», м. Київ, Україна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме

Актуальність. Згідно з різними дослідженнями, рецидив міксоми серця реєструється у 2,1–5,3 % випадків. У разі лікування сімейних міксом необхідність виконання повторних операцій може досягати 20–25 %. Слід взяти до уваги, що серед усіх доброякісних пухлин серця міксоми виявляються до 80 % випадків, необхідність хірургічного видалення яких не викликає сумнівів.

Мета дослідження – представити випадок, який має особливий інтерес у зв'язку з незвичайним множинним міксомним ураженням серця багатокамерної локалізації.

Матеріали та методи. У статті наводиться незвичайний випадок виявлення множинних міксом багатокамерного ураження серця через 6 років після видалення міксоми лівого передсердя типової локалізації. Оригінальність перебігу захворювання полягає в тому, що в цьому випадку ретельне вивчення анамнезу життя не виявило характерних ознак сімейних міксом і синдрому Карнея, що найчастіше характерно для багатокамерного ураження серця пухлинним процесом. При цьому в ході операції щодо видалення міксоми лівого шлуночка виявлено міксоми лівого і правого передсердя, які починають свій ріст. Технічною особливістю видалення лівошлуночкової міксоми верхівкової локалізації було застосування торакоскопичних відеокамер та інструментів, що значно полегшувало ревізію і видалення важкодоступного новоутворення. Наш досвід хірургічного лікування міксом серця представлений 868 операціями. При цьому повторні операції були виконані у 12 пацієнтів, що пов'язано з рецидивуванням пухлинного процесу або виникненням пухлини в місцях, відмінних від первинної локалізації.

Висновки

1. Рецидивування міксом серця – одне з нечастих ускладнень післяопераційного періоду, яке, однак, вимагає певної настороженості і щорічного ЕхоКГ-контролю.

2. У переважній більшості випадків міксоми серця представлені так званими спорадичними міксомами, які частіше локалізуються в лівому передсерді і рідко рецидивують. За підозри на міксом серця необхідно виключити можливість «міксомного синдрому», частота виявлення якого, за нашими даними, становила 0,8 % випадків.

3. Застосування інструментів для торакоскопичної хірургії може значно полегшувати видалення новоутворень серця важкодоступної локалізації.

Ключові слова: міксома, хірургічне лікування, рецидив, ліве передсердя, багатокамерне ураження, інструменти для торакоскопичної хірургії, міксомний синдром.

The Question of Relapse of a Cardiac Myxoma: an Unusual Case from Practice

Vitovskiy R. M.¹, Isaienko V. V.², Pishchurin O. A.², Jakovenko I. G.¹, Onishchenko V. F.²

¹National Amosov Institute of cardiovascular surgery of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Abstract. Various studies demonstrate that recurrence of cardiac myxoma (CM) occurs in 2.1–5.3% of cases. In cases of treatment of familial myxoma, the need for reoperations can reach 20–25%. It should be taken into account that among all benign cardiac tumors, CM is detected in up to 80% of cases, and the need for its surgical removal is beyond doubt.

The aim. To present a case that is of particular interest due to an unusual multiple myxomas lesion of the heart of multi-chamber localization.

Material and methods. This article presents an unusual case of detecting multiple myxomas of multi-chamber heart lesions 6 years after removal of myxoma of the left atrium of typical localization. The distinguishing feature of the course of the disease lies in the fact that in this case, a careful study of the life history did not reveal the characteristic signs of familial myxomas and Carney complex which is most often characteristic of multi-chamber lesions of the heart by a tumor process. At the same time, during the surgical removal of the myxoma of the left ventricle, the myxomas of the left and right atrium were revealed, which began to grow. A technical feature of the removal of the left ventricular myxoma of the apical localization was the use of video cameras and instruments for thoracoscopic surgery, which greatly facilitated revision and removal of the hard-to-reach neoplasm. Our experience in surgical treatment of CM equals to 868 operations. Wherein, repeated operations performed in 12 patients were due to recurrence or appearance of a tumor in place other than the primary localization.

Conclusions. CM recurrence is one of infrequent complications in the postoperative period, which, however, requires some vigilance and annual Echo monitoring. In the vast majority of cases, CM was represented by the so-called sporadic myxomas, which are more often localized in the left atrium, and rarely recur. If CM is suspected, it is necessary to exclude the possibility of “myxoma syndrome”, which has the frequency of 0.8%, according to our data. The use of the instruments for thoracoscopic surgery can greatly facilitate the removal of hard-to-reach heart tumors localization.

Keywords: *myxoma, surgical treatment, recurrence, left atrium, multi-chamber lesion, instruments for thoracoscopic surgery, myxoma syndrome.*

Стаття надійшла в редакцію 19.04.2021 р.

© 2021 The Authors. Published by Professional Edition Eastern Europe. This is an open access article under the CC BY-SA license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).