

УДК 616.12 – 006.325.04-07-08

© Е.А. Захарьян, 2012.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

Е.А. Захарьян

Кафедра внутренней медицины № 1 (зав. кафедрой – проф. А.В. Ушаков), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

CLINICAL CASES OF LEFT ATRIAL MYXOMA: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT
E.A. Zakharyan

SUMMARY

Primary tumors of the heart are very rare diseases, and according to statistics, they make 0.0017-0.02% of the cardiac pathology, however, in many cases they are clinically malignant and can be even fatal. The risk of sudden death is high, it occurs in 30% of patients. We consider two clinical cases of the heart myxoma in patients of the younger age category and one case in a 53-year-old patient. Common signs of the clinical situations are sudden onset and steady progression of the disease, expressed intoxication syndrome and no apparent reasons of the patients' serious condition. Fast diagnosis, the doctors' cooperation in different fields, and timely echocardiography allowed performing surgery and saving the life of these patients.

**КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ МІКСОМИ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ,
ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ**

О.А. Захар'ян

РЕЗЮМЕ

Первинні пухлини серця відносяться до рідкісних захворювань і згідно зі статистичними даними складають 0,0017-0,02% в структурі кардіальної патології, але незважаючи на це в багатьох випадках мають клінічно злоякісний і навіть фатальний перебіг. Високим є ризик раптової смерті, яка настає у 30% хворих. В роботі розглядаються два клінічних випадку міксом серця у пацієнтів молодшої вікової категорії та один у пацієнтки 53 років. Загальними ознаками даних клінічних ситуацій є раптовий початок і неухильне прогресування захворювання, виражений інтоксикаційний синдром, відсутність видимих причин важкого стану хворих. Швидка постановка діагнозу, співпраця лікарів різного профілю, а також вчасно проведене ехокардіографічне дослідження дозволили своєчасно провести оперативне лікування та врятувати життя даних пацієнтів.

Ключевые слова: миксома, диагностика, лечение.

Миксома – это первичная внутрисердечная, гистологически доброкачественная опухоль сердца [1, 4]. Однако при нераспознанном диагнозе наблюдается клинически злокачественное и даже фатальное течение [4, 6]. Первичные опухоли сердца относятся к весьма редким заболеваниям и, согласно статистическим данным, встречаются у 0,0017-0,02% кардиологических больных [4, 10].

По данным Бокерия Л.А., Малашенко А.И. [1], миксомы составляют 50% от числа всех доброкачественных опухолей сердца, остальные представлены липомами, фибромами, гемангиомами, папиллярными фиброэластомами, рабдомиомами.

Миксома чаще всего встречается у людей в возрасте 30-60 лет, хотя описаны случаи этого заболевания у грудных детей и глубоких стариков, и в 2 – 3 раза чаще у женщин, чем у мужчин [1, 7, 15].

Этиология миксомы неясна. Существуют различные теории ее возникновения. Большинство миксом – изолированные, но в 7% случаев они являются составной частью наследственных синдромов с ауто-сомно-доминантным наследованием [16].

Миксома может быть обнаружена в любой полости сердца, но наиболее часто – в левом предсердии, где она, как правило, располагается в области овальной ямки и ее края, реже – в месте впадения легочных вен. В 65% случаев поверхность опухоли гладкая, а в 35% – ворсинчатая [3, 7].

Клинические признаки миксом:

- 1) эмболии;
- 2) обструкция кровотока;
- 3) конституциональные признаки (реакция организма на миксому) [2, 5, 9, 11, 14].

Метод эхокардиографии обладает высокой разрешающей способностью, он по существу является основным при предоперационном обследовании больных с данной патологией. Возможности методов компьютерной и магнитно-резонансной томографии охватывают топическую диагностику опухолей сердца, оценку их размеров (от 1 сантиметра и более), определение места фиксации. Вентрикулография также получила широкое распространение в диагностике миксом сердца [8, 12, 13].

Длительность заболевания миксомой различна.

Клиническая картина миксомы сердца на ранних стадиях не сопровождается выраженной симптоматикой, особенно если опухоль маленького размера. В случаях, когда опухоль нарушает нормальную функцию предсердно-желудочкового клапана, клинические признаки быстро нарастают, и, несмотря на применение кардинальной терапии, неуклонно развивается недостаточность кровообращения [2, 11].

Высоким является и риск внезапной смерти, которая наступает у 30% больных [4, 10]. Удаление миксомы является единственным радикальным методом лечения [1, 2, 4].

Представляем вашему вниманию 3 клинических наблюдения.

Пациент И., 25 лет, госпитализирован в отделение кардиохирургии КРУ «КТМО «Университетская клиника» 01.10.2011 с предварительным диагнозом: миксома левого предсердия. Инфекционный эндокардит (?).

При поступлении предъявлял жалобы на слабость, быструю утомляемость, сердцебиение, головную боль, повышение температуры тела до 40-41°C последние несколько недель.

При осмотре – состояние средней тяжести. Сознание ясное. Питание пониженное. Температура тела 39,5 °С. Кожные покровы бледные. Отеков нет. Перкуторно над лёгкими звук ясный легочный. Дыхание везикулярное. Сег – тоны ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке, зависящий от положения тела. АД 110 и 70 мм рт. ст., ЧСС 100 в 1 минуту. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный.

По данным ЭХО КГ: диаметр аорты – 2,6 см; КДР ЛЖ – 6,1; КСР ЛЖ – 3,7; ЛП – 5,0 см; ЗСЛЖ – 0,7 см; МЖП – 0,7 см; ПЖ – 2,5 см; ФВ – 68%. Хаотичный турбулентный трансмитральный кровоток. Полости ЛЖ и ЛП умеренно расширены. Структура клапанов не нарушена. Сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена. Огромных размеров (8,5x4,2x3,9 см) подвижная, неправильной овоидной, частично фрагментированной формы, эхо-неоднородная, практически наполовину в диастолу пролабирующая в полость ЛЖ миксома ЛП, исходящая на короткой ножке из верхней трети межпредсердной перегородки. Синусовая тахикардия.

У пациента имеют место последствия лакунарных инсультов (2006, 2007 гг.) в бассейнах правой и левой средних мозговых артерий в виде левосторонней пирамидной недостаточности. Последствия тромбоза левой бедренной и подколенной артерий. Состояние после тромбэктомии (06.06.2007 г.), осложнившейся нейрогенной и миогенной сгибательной контрактурой левого голеностопного сустава с резко выраженным нарушением функции опоры и ходьбы. Тромбоз левой подколенной артерии. ХАН I-II ст.

В клиническом анализе крови: Hb – 91 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}$, СОЭ – 52 мм/ч, лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ /л, Пя – 11%. При биохимическом исследовании крови: гиподиспротеинемия.

Учитывая наличие у больного объёмного образования (миксомы) левого предсердия, высокий риск развития жизнеугрожающих осложнений, высокую вероятность инфекционного эндокардита и бесперспективность консервативной терапии, пациент оперирован по жизненным показаниям.

Интраоперационно: проведено удаление миксомы левого предсердия, находящейся на ножке. При ревизии митрального клапана обнаружено его полное разрушение с наличием на нем вегетаций. Проведено протезирование митрального клапана протезом St. Jude № 27 (рис. 1, 2).

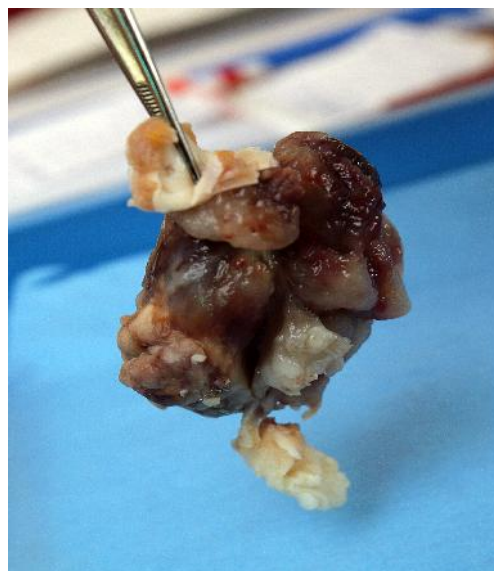


Рис. 1 Макропрепарат миксомы левого предсердия (клинический случай 1).



Рис. 2 Макропрепарат миксомы левого предсердия и патологически измененного митрального клапана (клинический случай 1).

Гистологически: миксома сердца; клапан с дистрофическими и некробиотическими изменениями эндотелия, мукоидным и фибриноидным набуханием и некрозом соединительной основы эндокарда, участками лимфогистиоцитарной инфильтрации.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в стабильном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Пациентка Ч., 53 лет, поступила в отделение кардиохирургии КРУ «КТМО «Университетская клиника» 04.04.2012 с жалобами на ежедневное повышение температуры тела до 39-39,8 °С, выраженную общую слабость, утомляемость, мышечные боли, озноб, потерю массы тела до 10 кг в течение 3 месяцев, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза: считает себя больной с апреля 2011 года, когда возникло «волнообразное» повышение температуры, слабость, миалгии. Симптомы прогрессивно нарастали. В июне 2011 года появилась одышка, отеки голеней, бледность. Профессиональных вредностей не имеет. Не курит. Наследственность не отягощена. По данным лабораторных исследований выявлены анемия, ускоренное СОЭ (до 58 мм/ч). Обследована амбулаторно. На поликлиническом приеме выставлены предварительные диагнозы: хронический холецистит, фаза обострения; хронический гастрит, стадия обострения; вирусный гепатит С (?). 3.04.2012г. направлена на консультацию к гастроэнтерологу в КРУ «КТМО «Университетская клиника», который, исключив патологию ЖКТ, заподозрил у больной инфекционный эндокардит. Консультирована ревматологом. Направлена на ЭхоКГ.

ЭХО КГ – аорта уплотнена. Диаметр аорты – 3,3 см; открытие створок аортального клапана – 2,0; КДР ЛЖ – 4,7; КСР ЛЖ – 3,0; ЛП – 3,9 см; ЗСЛЖ – 1,1 см; МЖП – 1,0 см; ПЖ – 2,4 см; ФВ – 64%; переднее-заднее укорочение ЛЖ – 36%. Митральная регургитация – I-II степени. Трикуспидальная регургитация I степени. Полости сердца не расширены. Стенки аорты и створки АК уплотнены, открытие их достаточное. Легочная артерия не изменена. Структура других клапанов не нарушена. Перегородки представляются непрерывными. Сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена. В полости перикарда определяется небольшое количество свободной жидкости, высота столба по контуру задней стенки ЛЖ 0,6 см, по контуру ПЖ 0,4 см (объем прибл. 150 мл). В полости ЛП визуализируется подвижное эхопозитивное образование размерами 2,5x2,3x1,8 см с элементами кальциноза, фиксированное в области ушка ЛП (тромб? Миксома?), пролабирующее в полость ЛЖ во время систолы предсердия. Явных вегетаций на клапанах сердца в момент осмотра не выявлено.

Направлена на консультацию в отделение кардиохирургии. В клиническом анализе крови обращало на себя внимание наличие гипохромной железодо-

фицитной анемии (Hb – 57 г/л, эр – $1,93 \times 10^{12}$), СОЭ – 60 мм/ч.

Был сформулирован клинический диагноз: Первичная опухоль сердца. Миксома левого предсердия, пролабирующая в ЛЖ. СН-IIА с сохраненной систолической функцией ЛЖ. NYHA III ф.кл. Железодофицитная анемия.

После курса консервативной терапии с целью компенсации проведено оперативное лечение – иссечение миксомы левого предсердия. Опухоль гроздевидной формы размерами 3,0x1,5 см на ножке располагалась в середине треугольника, соединяющего митральный клапан, ушко ЛП и легочные вены. Гистологически подтверждено наличие миксомы.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Больная Г., 25 лет, 23.08.2012 г. обратилась на консультацию в отделение кардиохирургии КРУ «КТМО «Университетская клиника» ОСП КБ им. Н.А. Семашко с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С, сердцебиение, слабость. Данные жалобы беспокоят с конца июля 2012 г. Впервые обратилась к врачу поликлиники 08.08.2012г. Направлена на ОАК, в котором выявлены анемия I степени, ускорение СОЭ до 50 мм/ч. Из имеющихся в анамнезе хронических заболеваний – диагнозы, звучащие у большинства молодых пациентов астенической конституции: пролапс митрального клапана; хронический гастрит; дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу; хронический пиелонефрит, стадия ремиссии; вегетососудистая дистония по смешанному типу. При проведении УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости (21.08.12г.) патологии не обнаружено.

ЭХО КГ (22.08.2012): диаметр аорты – 2,8 см; открытие створок аортального клапана – 1,9; КДР ЛЖ – 5,0; КСР ЛЖ – 3,2; ЛП – 3,6 см; ЗСЛЖ – 0,8 см; МЖП – 0,8 см; ПЖ – 2,2 см; ФВ – 66%; переднее-заднее укорочение ЛЖ – 37%, ЛА – 2,1 см; ПП – 3,4 см; ЧСС – 96/мин. Полости сердца не расширены. Аорта и ЛА не изменены. Структура других клапанов не нарушена. Перегородки представляются непрерывными. Сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена. В полости перикарда свободной жидкости не выявлено. В полости ЛП, прикрепляясь к основанию митрального клапана (септальной частью), визуализируется подвижное изоэхогенное образование размерами 50x28x32 мм (пролабирует в систолу на 2/3). ЭхоКГ – признаки миксомы.

При этом 23.08.12г. больная проводит мочевого тест на беременность, который оказывается положительным. Женщина имеет ребёнка от предыдущего брака (роды в феврале 2007г. в сроке 35 недель). В ноябре 2011 г. – самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках. В течение года попытки забеременеть оказались неудачными. После кон-

сультации в отделении кардиохирургии 23.08.2012г. больной рекомендовано медикаментозное прерывание беременности с последующим оперативным лечением миксомы, от которых больная категорически отказалась. Через 2 недели больная госпитализирована в отделение гинекологии с угрозой прерывания беременности, терапия которой оказывается малоэффективной. 20.09.2012г. проведена контрольная ЭхоКГ, на которой обнаружена отрицательная динамика – размер миксомы ЛП увеличился до 52х29х34; отмечалось пролабирование ее в диастолу в полость левого желудочка, «запирая» митральный клапан. Принято решение об искусственном прерывании беременности (21.09.2012г.).

Госпитализирована в отделение кардиохирургии 09.10.2012г., где проведено удаление миксомы ЛП. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана под наблюдение кардиолога по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данные клинические наблюдения демонстрирует редко встречающуюся патологию – миксому левого предсердия. Особенности первого случая, помимо наличия миксомы, явились признаки инфекционного эндокардита с развитием недостаточности митрального клапана, что послужило причиной последующего его протезирования. Также обращают на себя внимание два лакунарных инсульта в анамнезе у столь молодого пациента (25 лет), наличие тромбозов левых подколенной и бедренной артерий при отсутствии общепринятых predisposing факторов.

При описании второго клинического случая хотелось бы сделать акцент на длительном течении заболевания (1 год) с неуклонным его прогрессированием, множественными безуспешными попытками приблизиться к верному диагнозу, исключая другие нозологии. Именно эхокардиография, произведенная через один год после возникновения первых симптомов, явилась ключом к постановке правильного диагноза и шансом на спасение жизни данной пациентки.

Что касается третьего клинического случая, хотелось бы обратить внимание на социально-психологические аспекты данного наблюдения. Молодая пациентка, находясь во втором браке и имея ребенка от первого брака, после самопроизвольного прерывания беременности в 2011 году и последующих длительных неудачных попыток зачатия на фоне постоянного лечения у гинеколога, наконец получает долгожданный результат. И если бы не проведенное УЗИ сердца, такие симптомы как слабость, субфебрильная температура можно было бы отнести к физиологическим проявлениям беременности на ранних сроках. Однако выявленная при ультразвуковом исследовании миксома и необходимость в ее удалении с неизбежным прерыванием беременности явились

для молодой женщины тяжелым испытанием. И несмотря на ее отказ от операции, увеличение опухоли в размерах и появление УЗ-признаков «заклинивания», «запираания» митрального клапана, а также нарастающая угроза прерывания беременности, привели к неизбежному и, наверное, единственно правильному решению – удалению миксомы левого предсердия.

Таким образом, общими признаками данных клинических ситуаций являются сравнительно молодой возраст (двое больных – 25 лет, одна пациентка – 53 лет), внезапное начало и неуклонное прогрессирование заболевания, выраженный интоксикационный синдром, отсутствие видимых причин тяжелого состояния пациентов. При выявлении подобных неспецифических факторов необходимо не забывать о такой казалась бы редкой, но угрожающей фатальными последствиями патологии как миксома сердца. Быстрая постановка диагноза, сотрудничество кардиологов, ревматологов, гастроэнтерологов, гинекологов и кардиохирургов, а также вовремя проведенное эхокардиографическое исследование позволили своевременно провести оперативное лечение и спасти жизнь данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Малашенко А.И., Скопин И.И. и соавт. Хирургическое лечение приобретённых пороков и опухолей сердца у пациентов пожилого возраста // Сердечно-сосудистые заболевания. – Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Т. 8. № 3 – Москва. – 2007. – С. 25.
2. Витовский Р.М. Поражение клапанов сердца и их коррекция при миксомах // Украинский ревматологический журнал – 2002 – № 3 (9). – С. 55-58.
3. Захарова В.П., Руденко Е.В., Галахин К.А., Буле Р.М. Миксома сердца (морфологические аспекты). Киев: Книга плюс, 2003. – 142 с.
4. Кнышов Г.В., Витовский Р.М., Захарова В.П. Опухоли сердца. – К., 2005. – 256 с.
5. Константинов Б.А., Нечаенко М.А., Кузнецова Л.М., Винницкий Л.И., Шереметьева Г.Ф., Ховрин В.В., Домбровская А.В. Клинико-диагностические и хирургические аспекты объёмных образований сердца у детей и подростков // Хирургия. 2007. – № 4 – С. 4-8.
6. Мухин Н.А., Моисеев С.В., Фомин В.В. Опухоли сердца / Болезни сердца: Руководство для врачей; под ред. Р.Г. Огановой, И.Г. Фоминой – М.: Литтерра, 2006. – С. 1106-1115.
7. Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. Казань: Титул, 2004. – 456 с.
8. Шиллер Н., Осипов М. А. Клиническая эхокардиография. – М.: Практика; 2005. – 344 с.
9. Acampa M., Tassi R., Guideri F., Marotta G., Monti L., Capannini G., Cerase A., Martini G. Safety of intravenous thrombolysis in ischemic stroke caused by left atrial myxoma // Curr. Drug Saf. – 2011. – Vol. 6. – P.

343-345.

10. American cancer society / Cancer facts and figures 2007. American Cancer Society, Inc., Atlanta, 2007. – P. 56.

11. Beyder A., Klarich K.W. Large atrial myxoma causing dynamic obstruction of the mitral valve and atrial fibrillation // Mayo Clin. Proc. – 2012. – Vol. 87. – P. 122-130.

12. Gajjar T.P., Shah G.B., N.B. Giant ventricular myxoma obstructing right ventricular outflow tract // Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. – 2011. – Vol. 26. – P. 663-666.

13. Harikrishnan S., Bohora S., Pillai V.V., Sanjay G., Rajeev E., Tharakan J.M., Titus T., Kumar V.K., Sivasankaran S., Namboodiri K.K. Left atrial myxoma-

influence of tumour size on electrocardiographic findings // Indian Heart J. – 2012. – Vol. 64. – P. 170-172.

14. Messouak M., Zaam A., Maaroufi M., Lahlou I., Belahsen M.F., Messouak O. Cardiac myxoma complicated with cerebral aneurysms and revealed by an ischemic stroke // Rev. Neurol. (Paris). – 2011. – Vol. 167. – P. 150-154.

15. Tay M.H., Lay K.W., Ding Z.P., Lee C.N. An interesting case of left atrial myxoma // Singapore Med. J. – 2002. – Vol. 43. – P. 367-368.

16. Vezzosi D., Vignaux O., Dupin N., Bertherat J. Carney complex: Clinical and genetic 2010 update // Ann. Endocrinol. (Paris). – 2010. – Vol. 71. – P. 486-493.