

УДК 616-006.3.04

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО АНГИОСАРКОМОЙ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

М.И. Давыдов¹, Э.Р. Чарчян², С.С. Герасимов¹, М.М. Давыдов¹, А.А. Скворцов²,
Б.А. Аксельрод², А.А. Феденко¹, И.А. Дадыев¹

¹ ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва

² ФГБНУ «РНЦХ им. Б.В. Петровского» РАН, г. Москва

Ключевые слова: первичная саркома сердца, хирургическое лечение, предоперационная химиотерапия

Первичные злокачественные опухоли сердца встречаются крайне редко. Из-за низкой эффективности консервативного противоопухолевого лечения на сегодняшний день единственным радикальным методом лечения остается хирургический. Целью данной публикации стала демонстрация радикального хирургического лечения больного ангиосаркомой правого предсердия после эффективной предоперационной химиотерапии.

Первичные злокачественные опухоли сердца встречаются крайне редко и чаще представлены саркомой. Согласно литературным данным, частота выявления первичной саркомы сердца не превышает 1% среди всех других форм сарком. Характерным является молодой возраст пациентов и крайне агрессивное течение заболевания. На протяжении многих лет единственным радикальным методом лечения остается хирургический. Однако отдаленные результаты лечения этой группы пациентов по-прежнему остаются неудовлетворительными, что в первую очередь связано с частым выявлением распространенных неоперабельных форм опухоли и низкой эффективностью консервативных методов лечения. По суммарным данным литературы, медиана выживаемости после противоопухолевого лечения больных первичной саркомой сердца не превышает 6–12 мес [1–6, 8].

Публикации последних лет указывают на возможность улучшения отдаленных результатов лечения больных первичной саркомой сердца путем проведения мультимодального лечения, включающего в себя радикальную операцию, пред- и послеоперационную химиотерапию, а в ряде случаев и лучевую терапию. Однако малое число представленных в литературе наблюдений не позволяет сделать окончательные выводы [7, 9].

Целью данной публикации стала демонстрация клинического наблюдения радикального хирургического лечения больного ангиосаркомой правого предсердия после проведенной предоперационной химиотерапии.

Больной К., 33 лет, в мае 2015 г. впервые отметил повышение температуры тела до 38 °С, появление пульсирующей боли в области шеи и за грудиной при физической нагрузке, повышение систолического артериального давления до 140 мм рт. ст. При обследовании по месту жительства в г. Арзамас по данным эхоКГ выявлен перикардит. При дообследовании в больнице № 5 Нижнего Новгорода по данным эхоКГ и КТ органов грудной клетки заподозрена опухоль правого предсердия. Произведена пункция и дренирование полости перикарда 14.05.2015 г., а 28.05.2015 г. предпринята попытка хирургического лечения. После торакотомии справа, перикардотомии выявлена опухоль до 8 см в диаметре, исходящая из миокарда. Операция была ограничена биопсией опухоли. При гистологическом исследовании биопсийного материала получены данные за ангиосаркому, больной направлен в РОНЦ им. Н.Н. Блохина.

Под наблюдением ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ больной находится с июня 2015 г. При обследовании в поликлинике, по данным эхоКГ от 14.07.2015 г., в полости правого предсердия визуализировалось гиперэхогенное образование с четкими контурами (59×44 мм), плотно прилегающее к внутренней боковой поверхности правого предсердия, неподвижное, возможно, прорастаю-

Адрес для корреспонденции

Сергей Семенович Герасимов
E-mail: s_gerasimov@list.ru

щее в стенку предсердия, нельзя было исключить прорастание в правый желудочек, при этом ушко правого предсердия не визуализировалось. Фракция выброса левого желудочка была сохранена, нарушений локальной сократимости миокарда не выявлено, среднее давление в легочной артерии в пределах нормы, в полости перикарда незначительное количество жидкости. При ЭКГ от 08.07.2015 г. ритм синусовый, ЧСС 70 в 1 мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

По данным МРТ сердца от 13.07.2015 г. и КТ ангиографии сердца и коронарных артерий от 16.07.2015 г., в полости перикарда по переднему правому контуру сердца определялась опухоль, интимно прилежащая и деформирующая правое предсердие, атриовентрикулярную борозду, приточный отдел правого желудочка со смещением и сдавлением правой коронарной артерии (сужение просвета в с/3 в месте прилегания к образованию 30%) без признаков прорастания в просвет артерии. Опухоль была неоднородной структуры с наличием участков мягкотканной и жидкостной плотностей с нечеткими верхним и латеральным контурами размерами 62×66×73 мм. На уровне ушка правого предсердия образование распространялось в верхнюю долю правого легкого. Передняя стенка правого желудочка на уровне приточного отдела четко не дифференцировалась от образования (нельзя исключить прорастание). Заключение: КТ- и МРТ-картина интраперикардального объемного образования с выраженной деформацией правого предсердия и желудочка с вовлечением в процесс верхней доли правого легкого с сужением просвета правой коронарной артерии на уровне средней трети.

При ИГХ исследовании (№ 24115 от 30.06.2015 г.) готовых препаратов опухоль имела строение ангиосаркомы G3.

По данным УЗИ шеи, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, МРТ головного мозга с в/в усилением и скенирования скелета отдаленные метастазы не выявлены.

Учитывая сомнительную операбельность из-за возможного врастания опухоли в правый желудочек сердца, принято решение начать лечение с проведения химиотерапии. С августа по ноябрь 2015 г. больному проведено 3 курса химиотерапии с включением гемцитабина в дозе 900 мг/м² в 1-й и 8-й дни и доцетаксела 100 мг/м² в 8-й день на фоне поддержки колониестимулирующими факторами с 9-го по 19-й дни. При контрольном обследовании по данным КТ-ангиографии отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров опухоли на 1,5 см. Однако из-за развития гепатотоксичности от дальнейшего проведения химиотерапии решено воздержаться. После восстановления показателей биохимического анализа крови больной был госпитализирован в торакальное отделение РОНЦ им. Н.Н. Блохина для хирургического лечения.

При поступлении в торакальное отделение общее состояние больного расценивалось как удовлетворительное, жалоб не предъявлял.

При осмотре кожные покровы и видимые слизистые были обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены и не изменены. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. В легких дыхание проводилось во все отделы без хрипов. При осмотре области сердца без особенностей, сердечный толчок не определялся, границы сердца были в пределах нормы, тоны приглушены, пульс 85 ударов в 1 мин удовлетворительного наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Региструм: слизистая гладкая, предстательная железа не увеличена, однородная, мягкоэластичной консистенции. Симптомы Пастернацкого отрицательные с обеих сторон.

Из анамнеза жизни: пациент на протяжении 15 лет работал контролером отдела качества на заводе. Наличие профессиональной вредности и прочих неблагоприятных факторов на протяжении всей трудовой деятельности отрицал. Не женат. Курил на протяжении 13 лет по 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотреблял. Наличие онкологических заболеваний у родственников отрицал.

Данные инструментальных методов обследования

При КТ-ангиографии органов грудной клетки по передне-правому контуру сердца сохранялась опухоль 5,2×4,4×5,5 см округлой формы, неоднородной мягкотканной структуры с участками пониженной плотности, накапливающая контрастный препарат преимущественно по периферии. Опухоль прилежала к правому предсердию и правому желудочку сердца, деформируя их, на отдельных участках четкая граница с их стенками не определялась — нельзя исключить врастание (рис. 1).

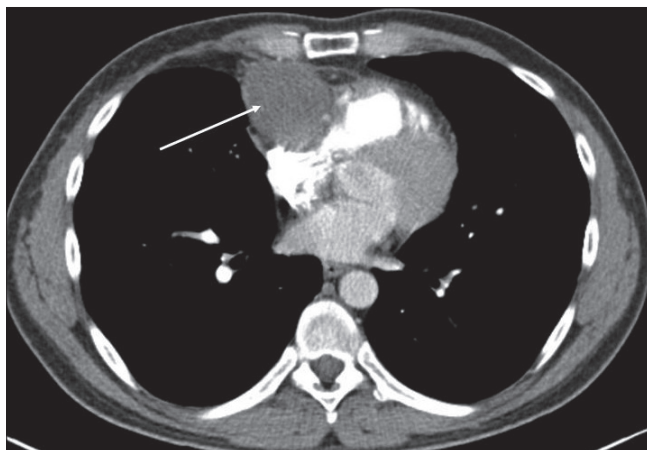


Рис. 1. КТ-ангиография органов грудной клетки — ангиосаркома правого предсердия

Правая коронарная артерия была сужена и деформирована, проходила по задней поверхности опухоли и огибала ее. При коронарографии отмечено кровоснабжение опухоли из бассейна правой коронарной артерии (рис. 2).

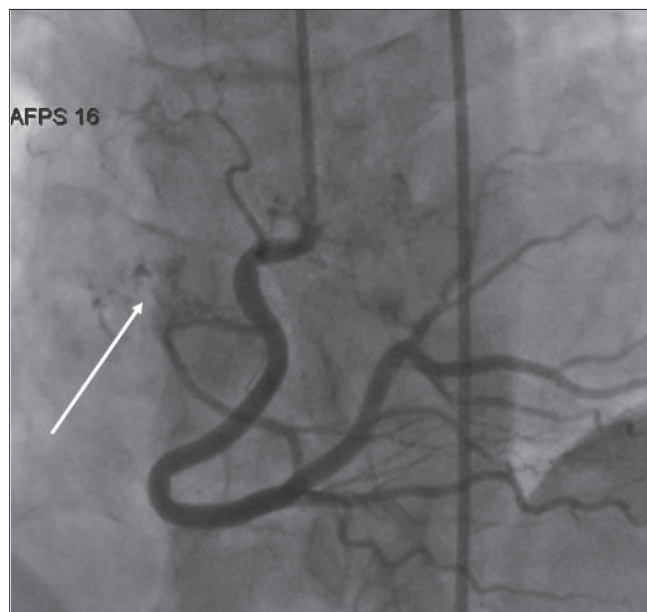


Рис. 2. По данным коронарографии опухоль кровоснабжалась из бассейна правой коронарной артерии

Больной оперирован 09.06.2016 г. После полной продольной стернотомии и перикардиотомии отмечен выраженный спаечный процесс в полости перикарда. Спайки рассечены острым путем. При ревизии в полости перикарда определялась опухоль до 5 см в диаметре, исходящая из правого предсердия и врастающая в перикард. Вростания опухоли в легкое не выявлено. Произведена канюляция дуги аорты, верхней и нижней полых вен. Параллельно осуществлялся забор аутовены левой голени для выполнения аортокоронарного шунтирования. Операция проводилась в условиях ИК с применением кровяной кардиopleгии и гипотермии с общим охлаждением пациента до 33 °С. После полной остановки сердечной деятельности полость правого предсердия была вскрыта через правое ушко. При ревизии вовлечения в опухолевый процесс трикуспидального клапана не выявлено. Произведено радикальное удаление опухоли с резекцией стенки правого предсердия и частично правого желудочка с пластикой ксеноперикардом (рис. 3).

В связи с существующим высоким риском нарушения кровотока по правой коронарной артерии после удаления опухоли с резекцией правых отделов сердца выполнено аортокоронарное шунтирование правой коронарной артерии. Сердечный ритм восстановился самостоятельно. Произведена деканюляция, гепарин дезактивирован введением протамина сульфата (рис. 4).

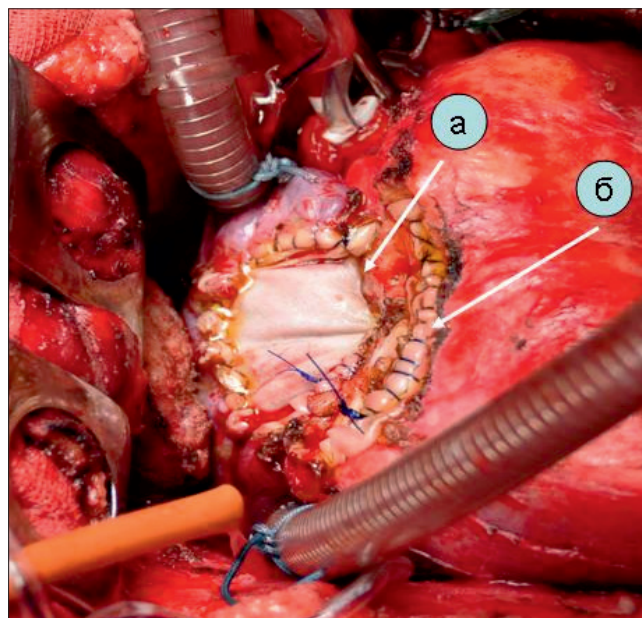


Рис. 3. Операционная рана после резекции и пластики стенки правого предсердия (а) и правого желудочка ксеноперикардом (б)

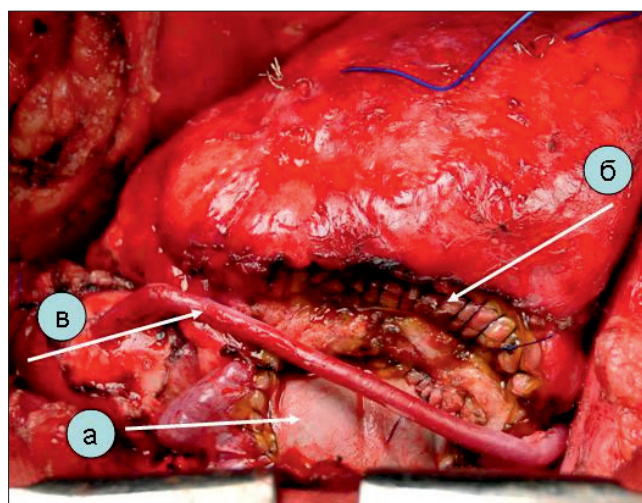


Рис. 4. Операционная рана после резекции и пластики стенки правого предсердия (а) и правого желудочка (б), аортокоронарного шунтирования правой коронарной артерии (в)

В дальнейшем произведено удаление опухоли с резекцией перикарда (рис. 5).

Длительность операции составила 4,5 ч, кровопотеря – 2,5 л, длительность ИК – 1 ч 20 мин, время ишемии миокарда – 1 ч.

При гистологическом исследовании удаленного препарата (исследование № 22702 от 09.06.2016 г.) опухоль имела строение ангиосаркомы с признаками обширных некротических изменений опухолевой ткани, что соответствовало III степени терапевтического патоморфоза (рис. 6).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной экстубирован на 1-е сутки после операции, переведен в профильное отделение из реанимации на 4-е сутки после хирургического лечения.

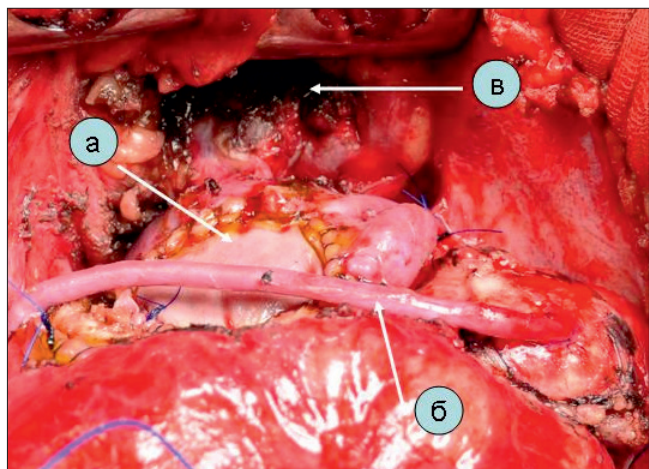


Рис. 5. Окончательный вид операционной раны: а — область резекции и пластики правого предсердия; б — аортокоронарный шунт; в — ложе удаленной опухоли с резекцией перикарда

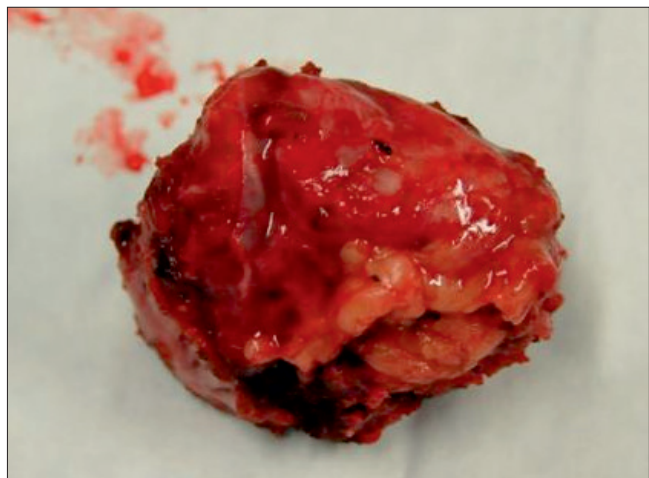


Рис. 6. Удаленный препарат

По данным эхоКГ, выполненной на 14-е сутки послеоперационного периода, клапаны сердца интактны, полости сердца не расширены, гипертрофии миокарда левого желудочка нет, умеренный гипокинез в передне-перегородочных сегментах левого желудочка, фракция выброса левого желудочка

составляла 75% (по Тейхольцу). Среднее давление в легочной артерии в пределах нормы.

В удовлетворительном состоянии пациент был выписан из клиники на 17-е сутки после операции.

В отдаленные сроки больной наблюдается в удовлетворительном состоянии без признаков прогрессирования опухоли более 3 мес. При этом в адъювантном режиме пациенту проведено 3 курса химиотерапии с включением доксорубина в дозе 75 мг/м².

Таким образом, радикальное хирургическое лечение и выраженный лечебный патоморфоз III степени после проведенной химиотерапии позволяет рассчитывать на благоприятные отдаленные результаты лечения пациента, страдающего ангиосаркомой сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э., Серов Р.А. Кардионкология. Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. М., 2003, 251 с.
2. Петровский Б.В., Константинов Б.А., Нечаенко М.А. Первичные опухоли сердца. Издательство «Медицина». М., 1997, 152 с.
3. Черняев А.Л., Самсонова М.В., Авдеев С.Н., Иванов А.Л., Поминальная В.М. Ангиосаркома правого предсердия. Клиническая и экспериментальная морфология. 2015, № 2, с. 29-34.
4. Blackmon S.H., Reardon M.J. Surgical Treatment of Primary Cardiac Sarcomas. Tex. Heart Inst. J. 2009, v. 36 (5), p. 451-452.
5. Elbardissi A.W., Dearani J.A., Daly R.C., Mullany C.J., Orszulak T.A., Puga F.J., Schaff H.V. Survival after resection of primary cardiac tumors. A 48-year experience. Circulation. 2008, Sep 30;118(14 Suppl): S7-15.
6. Hamidi M., Moody J. S., Weigel T. L., Kozak K.R. Primary Cardiac Sarcoma. Ann. Thorac. Surg. 2010, v. 90 (1), p. 176-181.
7. Mayer F., Aeber H., Rudert M., Konigsrainer A., Horger M., Kanz L., Bamberg M., Ziemer G., Hartmann J.T. Primary malignant sarcomas of the heart and great vessels in adult patients — a single-center experience. The Oncologist. 2007, v. 12, No. 9, p. 1134-1142.
8. Putnam J.B., Sweeney M.S., Colon R., Lanza L.A., Frazier O.H., Cooley D.A. Primary cardiac sarcomas. Ann. Thorac. Surg. 1991, v. 51 (6), p. 906-910.
9. Shapira O.M., Korach A., Izhar U., Koler T., Wald O., Ayman M., Erez E., Blackmon S.H., Reardon M.J. Radical multidisciplinary approach to primary cardiac sarcomas. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2013, v. 44, No. 2, p. 330-337.

Статья поступила 08.10.2016 г., принята к печати 07.11.2016 г.

Рекомендована к публикации Э.Р. Мусаевым

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ANGIOSARCOMA OF RIGHT ATRIUM (CASE REPORT)

Davydov M.I.¹, Charchyan E.R.², Gerasimov S.S.¹, Davydov M.M.¹, Skvortsov A.A.², Akselrod B.A.², Fedenko A.A.¹, Dadyev I.A.¹

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

²Petrovsky National Research Center for Surgery, Moscow

Key words: primary cardiac sarcoma, surgical management, neoadjuvant chemotherapy

Primary malignant tumors of the human heart are the extremely rare pathology. Because of the low efficiency of the conservative antitumor treatment, currently, only surgery is the one method of the sufficiently radical treatment. The goal of this publication to demonstrate the radical surgery of the right atrium angiogenic sarcoma after effective neoadjuvant chemotherapy.