

А.І. Таран,
Л.Я. Родіонова, В.В. Кривошеї

Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця,
Київська міська клінічна
лікарня №4

МІКСОМА СЕРЦЯ. СКЛАДНОСТІ ТА ПОМИЛКИ ДІАГНОСТИКИ (аналіз клінічного випадку)

Резюме

Описано випадок міксому лівого передсердя, яка була діагностована до візуалізації її за допомогою ЕхоКГ. Ретроспективний аналіз звернень хворої до лікарів засвідчив кілька хибних діагнозів, які призвели до двох оперативних втручань і непотрібних обстежень із метою віднайти злоякісну пухлину. Хірургічне лікування міксомы було ефективним. Звертає на себе увагу недооцінка скарг, поверхневе виконання фізичного обстеження хворої та стандартизованість мислення. Представлений ряд клінічних ознак, які дають змогу лікарям широкого профілю запідозрити у хворого пухлину серця.

Ключові слова

Клінічний випадок, міксомы серця, діагностика, лікування.

Доброякісні пухлини серця, незважаючи на прогрес візуалізуючих методів діагностики, залишаються до теперішнього часу досить важкою діагностичною проблемою внутрішньої медицини. Більшість лікарів загальної практики, терапевтів, хірургів, навіть кардіологів, недостатньо знаються на симптомах, клінічній картині цієї патології.

Пухлини серця, зокрема міксомы, досить рідка патологія (вони зустрічаються, за різними даними, від 0,002 до 0,02% [6] та до 0,2% випадків при аутопсіях [6]) і були випадковими знахідками при перших операціях на серці; у подальшому з розвитком кардіохірургії, штучного кровообігу тощо хірургічне лікування пухлин серця вже не стало такою важкою проблеми [6, 10].

У монографії Г.В. Книшова і співавт. [4] досить змістовно описані симптоми пухлин серця, серед яких 90% становлять міксомы, у більшості – лівого передсердя, які найчастіше фіксуються на міжпередсердній перегородці в ділянці овальної ямки або в місті впадіння легеневої вен, мають ніжку та є рухомими. Клінічна симптоматика міксомы серця (МС) залежить насамперед від локалізації, розмірів і ступеня рухомості новоутворення. Але своєчасне розпізнавання первинних пухлин серця – складне через відсутність патогномонічних ознак та безсимптомний перебіг на ранніх стадіях. Однією з найчастіших ознак є застійна лівошлуночкова серцева недостатність, що спостерігається в 93,6% хворих, має швидкопрогресуючий характер, резистентна до лікування. Характерними є скарги на задуху в спокої, непродуктивний кашель, що посилюється при певних положеннях

тіла, наростаюча задишка при фізичних навантаженнях, загальна слабкість, швидка втомлюваність. Діагностичної цінності цей симптомокомплекс набуває в поєднанні з коротким анамнезом захворювання, характерним для більшості хворих із пухлинами серця [9, 12, 13]. Наявність симптомів ураження клапанів серця при відсутності ревматичного процесу або відсутності в анамнезі згадок про перенесені атаки ревматизму може навести на думку про новоутворення. Ще одним із симптомів є короткочасна втрата свідомості, яка залежить від зміни положення тіла. Для хворих із міксомою ЛП притаманним є поліпшення самопочуття в горизонтальному положенні через покращання внутрішньосерцевої гемодинаміки в результаті зменшення закриття пухлиною АВ-отвору. Напади стенокардії не є типовими для цих пацієнтів, біль у ділянці серця оцінюється як відчуття важкості за грудиною. У 16-60% хворих внаслідок фрагментації пухлини розвиваються системні емболічні ускладнення [6, 7, 14]. При пухлинах в лівих відділах серця емболія можлива в усі внутрішні життєвоважливі органи: головний мозок – до 45% [14], біфуркацію аорти, коронарні судини, нирки, селезінку. Емболи в судинах можуть сприяти ранній діагностиці міксомы, особливо на тлі синусового ритму та в осіб молодого віку. Провокувати виникнення емболії можуть фізичне навантаження, різкі рухи, біг. Таким чином, є три симптомокомплекси: раптове порушення кровотоку (синдром Морганьї), лівошлуночкова недостатність і тромбоемболії у великому колі кровообігу. За відсутності цих ознак діагноз міксомы малоімовірний.

При об'єктивному огляді над ділянкою серця може вислуховуватися діастолічний (75%) та систолічний (50%) шуми [1, 2]. Однією з важливих ознак новоутворень серця є мінливість шумів при зміні положення тіла, що зумовлено зміщенням пухлини відносно клапана. У хворих із міксомами серця невеликих розмірів шум може не вислуховуватись. Також у 33% хворих виявляється поява III тону, так званий «пухлинний хлопок» (tumor plop); поява цього звуку пов'язана з ударом пухлини об стінку шлуночка чи раптовим припиненням руху пухлини з вібрацією відповідних структур на початку діастолі. Характерним для міксоми є розщеплення II тону над легеневою артерією. Незважаючи на схожість аускультативних проявів з мітральною вадою [11], уважна аускультатія нерідко дозволяє запідозрити пухлину [1, 2]. ЕКГ не дає патологічних змін, зрідка виникають порушення ритму у вигляді пароксизмальних тахікардій, фібриляції передсердь, екстрасистолії, АВ-блокади. При рентгенологічному дослідженні спостерігаємо невідповідність клінічної картини «вади серця» малим розмірам серця.

А.С. Свінціцький [7] серед т.з. «ревматичних паранеопластичних синдромів» звертає увагу на те, що знання особливостей клінічних проявів і перебігу паранеопластичних ревматичних явищ покращує ранню діагностику новоутворень взагалі та дає змогу вчасно вжити ефективних методів лікування. У деяких випадках паранеопластичний синдром виникає до появи перших клінічних ознак міксоми серця та нерідко може маскувати серцеву симптоматику й нагадувати аутоімунну патологію. Системні прояви, що відзначаються у 90% хворих, включають зменшення маси тіла, міальгію, м'язову слабкість, артралгію, лихоманку, анемію. Субфебрилітет може мати стійкий характер або виникати безпричинно. У 10,8% випадків відмічаються лихоманка до 39-40 °С з ознобами. Перебіг захворювання може нагадувати клінічну картину інфекційного ендокардиту. Причина подібної температурної реакції залишається нез'ясованою. При дослідженнях виявляють підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, анемію, диспротеїнемію, підвищення фібриногену, СРБ. Найчастіше в клінічній практиці має місце помилкова інтерпретація цих симптомів, що буде ілюстровано в нашому випадку.

Застосування ехокардіографії (ЕхоКГ) забезпечує точну та своєчасну діагностику пухлини серця, ефективність цього методу діагностики сягає 100% [3]. До застосування ЕхоКГ прижиттєвий діагноз МС встановлювали дуже рідко.

Ми спостерігали випадок міксоми лівого передсердя в жінки віком 64 роки.

Пацієнтка ОМВ, 64 років, 22.02.2012 р. госпіталізована до терапевтичного відділення КМКЛ №4 за направленням лікаря приватної клініки.

До приватної клініки хвора звернулася 22.02.2012 р.

зі скаргами на слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні, підвищення температури тіла, сухий кашель, серцебиття. Вважала себе хворою із 21.02.12 р., коли підвищилась температура тіла, з'явився кашель після переохолодження. При обстеженні – стан важкий, шкірні покриви бліді, температура – 38,6 °С, частота серцевих скорочень (ЧСС) – 95/хв., артеріальний тиск (АТ) – 90/60 мм рт.ст., частота дихання – 22/хв. Межі серця – у нормі, тони приглушені, над легенями з обох боків – крепітуючі хрипи. Інші органи – без суттєвих змін. За даними ЕКГ: синусова тахікардія, дифузні зміни міокарда. Заключення рентгенологічного дослідження ОГП: рентген-морфологічні дані органів грудної клітини відповідають нормі. Показники загального аналізу крові в межах норми, в аналізі сечі: лейкоцити – 40-60 у п/з, білок – 0,033 г/л. Хвора направлена на госпіталізацію за місцем проживання з діагнозом: «Двобічна позагоспітальна пневмонія».

Із анамнезу стало відомо, що вже в серпні 2011 року в хворій з'явилась задишка при ході до 20 метрів, періодично відмічала відчуття «поширеного поштовху» в ділянці серця при фізичному навантаженні, підвищення температури. У вересні 2011 року пацієнтка звернулася за медичною допомогою, був виставлений діагноз аденоми щитоподібної залози, виконана субтотальна її резекція, після чого приймає замісну терапію (еутирокс у дозі 100 мкг). Але скарги не зникали й у листопаді 2011 року хворій проведено холецистектомію з приводу жовчнокам'яної хвороби, що не покращило її стан. З грудня 2011 р. додалися скарги на періодичні болі в ділянці серця, непов'язані з фізичним навантаженням, серцебиття, зниження АТ.

При огляді чергового терапевта: стан важкий, температура – 38,4 °С, ЧСС – 96 /хв., АТ – 100/70 мм рт.ст., ритм правильний, тони серця приглушені; дихання жорстке, у нижніх відділах легень вислуховуються крепітуючі хрипи, набряки відсутні. Встановлено попередній діагноз: «Позагоспітальна двобічна нижньодольова пневмонія, легенева недостатність I ступеня, інтоксикаційний синдром, хронічний пієлонефрит?». Призначено цефтриаксон по 1,0 двічі на добу.

Лабораторне та інструментальне дослідження від 23.02.2012 р.:

Показники аналізу крові: гемоглобін – 10⁹ г/л, еритроцити – 3,6x10¹²/л, лейкоцити – 6,8x10⁹/л, ШОЕ – 45 мм/год (паличкоядерні 6%, сегментоядерні 61%, еозинофіли 1%, лімфоцити 25%, моноцити 7%). Аналіз сечі: відхилень від норми не виявлено.

УЗД ОЧП : ознаки кісти печінки.

23.02.2012 р. діагноз змінився: «Позагоспітальна лівобічна нижньодольова пневмонія. ЛН I ст. ІХС: атеросклероз аорти, кардіосклероз, СН I ступеня. Хронічний пієлонефрит?». До лікування додані: метрогіл в/в, пантопразол усередину, анальгін в/м, інфузійна терапія.

Після проведеного лікування 27.02.12 р. стан хворої дещо покращився, але в загальному аналізі крові зберігалися нормохромна анемія, підвищення ШОЕ до 40-59 мм/год.

02.03.2011 р. відмічено погіршення загального стану пацієнтки на тлі антибіотикотерапії. Знову підвищилася температура тіла до 38,6 °С, посилилась задишка, з'явилися скарги на відчуття важкості за грудиною. Об'єктивно: АТ – 110/70 мм рт.ст., пульс – 78 уд/хв; аускультативно над ділянкою серця: тони приглушені, ритм правильний, в точці Боткіна вислуховувався III додатковий тон, діастолічний шум на верхівці серця. Вищеперелічені симптоми та наростання анемії, ШОЕ, незважаючи на лікування антибактеріальними препаратами, спрямовувало діагностичний пошук в напрямок сепсису або злоякісної пухлини, для чого проведений посів крові на стерильність (дані негативні). 03.03.2012 р. призначено КТ органів черевної порожнини з в/в підсиленням із метою виключення новоутворення черевної порожнини (пухлини не виявлено). 05.03.2012 р. при проведенні ретельного аналізу перебігу захворювання та аускультативної картини серця був зафіксований вперше непостійний III тон (tumor plop!?) та діастолічний шум. Аускультативні феномени були мінімальними та мінливими. Нами висловлено думку про те, що у хворої може бути міксома лівого передсердя. Для підтвердження останньої гіпотези призначено негайне ЕхоКГ дослідження, при якому виявлено в порожнині лівого передсердя гіперехогенне утворення (міксома) розміром 3,8x2,4 см (мал. 1, 2), порожнини не розширені, МК та АК помірно ущільнені, ФВ – 49%, помірно знижена.

06.03.2012 р. хвора консультована в НІССХ ім. М.М. Амосова, де підтверджено діагноз. 16.03.2012 р. проведено хірургічне втручання з видалення міксоми лівого передсердя. Діагноз підтверджений гістологічно. ЕхоКГ після операції: даних про додаткове утворення в порожнині серця немає, рідина в порожнині перикарду не візуалізується. Проведене лікування: цефтазидим, амікацин, диклофенак, омепразол, біфідобактерії, препарати калію. Хвора виписана з рекомендаціями: повторна консультація через півроку з ЕКГ та ЕхоКГ динамікою, приймати аспірін-кардіо 1 табл. 1 раз/добу.

У жовтні 2012 року через 6 місяців після оперативного лікування пацієнтка була викликана в клініку для перевірки стану здоров'я. При обстеженні не скаржилась, об'єктивно: АТ – 140/90 мм рт.ст., ЧСС – 86 уд/хв, температура тіла 36,6 °С, аускультативно над ділянкою серця – тони приглушені, ритм правильний; в легенях дихання везикулярне. У загальному аналізі крові: підвищення ШОЕ до 33 мм/год.

При проведенні ЕхоКГ не виявлено ознак ураження лівого передсердя (мал.3): порожнини серця не розширені; скоротлива здатність міокарду



Мал. 1. Міксома в діастолі



Мал. 2. Міксома в систолі



Мал.3. ЕхоКГ. Через 7 місяців після операції

дещо знижена, діастолічна функція порушена; незначна гіпертрофія міжшлункочкової перегородки в базальному передньо-перетинковому сегменті; недостатність мітрального клапану незначно уражена (0-1 ст).

Хворій призначене лікування: невеликі дози інгібіторів АПФ та бета-блокаторів. У подальшому пацієнтка перебуває під нашим наглядом і періодично спостерігається в НІССХ ім. М.М. Амосова. За останні місяці стан порівняно стабільний, продовжує приймати бета-блокатори, іАПФ у зв'язку з підвищенням АТ і статини (підвищений холестерин).

рин). Останній огляд у червні 2013 р.: стан задовільний, ЧСС – 72 уд., АТ – 130/80 мм рт.ст., ФВ – 60%.
Нв – 130 г/л, ШОЕ – 30 мм/год.

Висновки

Необхідність повторювати вже відоме настає тому, що відносно рідкі хвороби зустрічаються за активне життя лікаря також рідко. При аналізі літератури з приводу міксом видно, що публікують або огляди, або описання клінічних випадків [3, 6, 8, 10, 11]. Труднощі первинної діагностики, як демонструє наше спостереження, виникають тоді коли відсутні дві головні групи клінічних ознак: емболічні прояви та обструкція кровотоку на тлі характерних скарг. Інша причина – недбалість і стереотипне зібрання анамнезу, недооцінка скарг, аускультацию серця здебільше проводять формально в одному положенні, частіше – у вертикальному, а загальні симптоми: лихоманка, схуднення, анемія, збільшення ШОЕ завжди розцінюють, якщо немає банального запалення, як прояви системного захворювання або пухлини. Також треба взяти до уваги, що ЕхоКГ не є рутинним методом обстеження, а УЗД лікарі призначають завжди й рідко, коли не знаходять «ознак» холециститу чи пієлонефриту. У той же час, підвищення температури, непродуктивний кашель і легеневі аускультативні феномени завжди дають можливість запідозрити пневмонію, що й було в

нашому випадку. Але неефективність антибіотикотерапії завжди спонукає лікарів спочатку шукати ще якісь вогнища інфекції або сепсис, а в подальшому – злякисне новоутворення. Беручи до уваги те, що симптоми міксом у нашої пацієнтки спостерігалися більше року до операції, можна вважати, що холецистектомія та тиреоїдектомія були зроблені марно. Зараз важко сказати, чи обстежували хвору терапевти та кардіологи перед двома оперативними втручаннями в кінці 2011 року. У лютому 2012 року їй проводили аускультацию серця не менше 15 разів різні лікарі і, зважаючи на розміри пухлини, аускультативні феномени можливо було почути, навіть не трактуючи їх.

Правильний діагноз міксом серця при первинному зверненні хворого за медичною допомогою встановлюється тільки в 3-10% випадків. Прижиттєва діагностика пухлин серця надзвичайно складна у зв'язку з відсутністю патогномічних ознак, а також із можливістю їх безсимптомного перебігу. При своєчасному діагностуванні більша частина випадків може розглядатись як потенційно виліковне захворювання. Обізнаність лікарів щодо цієї патології є недостатньою. Своєчасна діагностика первинних пухлин серця в межах лікувальних закладів загального профілю є визначальним фактором успішного та своєчасного хірургічного лікування хворих. Помилка в діагностиці призводить до тяжких наслідків і смерті хворих [5].

Список використаної літератури

1. Алмазов А.Г., Салимянова Е.В., Шляхто Е.В., Клаусе Г. Аускультация сердца.- СПб, 1996. - 213 с.
2. Балахонова Н. П., Драпкина О.М. Миксома левого предсердия // Российские медицинские вести. - 2007. - №3. - С. 80-83.
3. Безусяк В.І., Дягель А.В. Випадок ультразвукового діагностування міксоми правого передсердя // Медицина транспорту України. - 2009. - №1. - С.100-103.
4. Книшов Г.В., Вітовський Р.М., Захарова В.П. Пухлини серця: проблеми діагностики та хірургічного лікування. - К., 2005. - 255 с.
5. Приходько В.П., Нуждин М.Д. Первичные опухоли сердца: история развития, современные принципы и методы хирургического лечения // Патология кровообращения и кардиохирургия. - 2011. - № 4. - С. 65-70.
6. Полунін О.І., Непрелюк В.Г., Линник М.І. та ін. Первинні пухлини серця: можливості раннього діагностування // Медицина транспорту України. - 2008. - №1. - С. 55-57.
7. Свінціцький А.С. Ревматичні паранеопластичні синдроми // Внутрішня медицина. - 2007. - №1. - С. 28-34.
8. Bahl O.M., Oliver G.C., Ferguson T.B. et al. Recurrent left atrial myxoma: report of a case // Circulation. - 1969. - Vol. 40. - P. 673-676.
9. Comer T.P., Arbogast R., Schmalhorst W.R. Left atrial myxoma: diagnostic and surgical aspects // Calif. Med. - 1973. - Vol. 118. - P. 18-20.
10. Dike B., Manmak H.M., Odiase O. et al. Left atrial myxoma mimicking mitral stenosis // Clinical Medicine Insights: Case Reports. - 2012. - Vol. 5. - P. 111-114.
11. Goodwin J.J.F., Stanfield C.A., Steiner R.E. et al. Clinical features of left atrial myxoma // Thorax. - 1962. - Vol. 17. - P. 91-110.
12. Joseph A., Walton Jr., Kahn D.R. et al. Recurrence of a left atrial myxoma // The American Journal of Cardiology. - 1972. - Vol. 29. - P. 872-875.
13. Pradhan B., Acharya S.P. A case of left atrial myxoma // Kathmandu University Medical Journal. - 2006. - Vol. 4. - P. 349-353.
14. Roscher A.A., Kato N.S., Quan H., Padmanabhan M. Intra-atrial myxomas, clinical-pathologic correlation based on two case studies including historical review // J. Cardiovasc. Surg. (Torino). - 1996. - Vol. 37, Suppl. 1. - P. 131-137.

CARDIAC MYXOMA. DIAGNOSIS COMPLEXITY AND ERRORS

A. Taran, L. Rodionova, V. Kryvoshey

Summary

Article presents a clinical case in vivo diagnosis of myxoma of the left auricle before used echocardiography. Retrospective analysis of patient appeals for a medical care showed few false diagnoses, which led two surgical operation and unnecessary examination are looking for cancerous tumors. Surgical treatment was effective. It's necessary to note that underestimation of complaints, inadequate physical examination of the patient and standardization of thinking (ideation) by physicians are cause which demonstrating difficulties of the diagnosis making. A number of clinical signs affording grounds for general practitioners to suspect cardiac tumor of a patient is presented.

Keywords: clinical case, cardiac myxoma, diagnosis, treatment.