

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ВТОРИЧНАЯ ОПУХОЛЬ ПЕРИКАРДА

А.В. Бурмасова, Б.Т. Зулфигарова, О.И. Шувалова, А.Г. Дмитриева

Кафедра факультетской терапии Медицинского института Сургутского государственного университета

Резюме. Новообразования перикарда являются редкой и малоизученной областью клинической онкологии в связи с разнообразием клинических проявлений, отсутствием патогномоничных симптомов и трудностью диагностики.

Ключевые слова: опухоль перикарда.

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая картина опухолей перикарда относится к малоизученной области медицины из-за недостаточного числа наблюдений и полиморфизма проявлений данного заболевания. У большинства пациентов опухоль выявляется на поздних стадиях, оставаясь длительно нераспознанной даже при наличии объективной симптоматики.

Различают первичные опухоли перикарда, вторичные злокачественные и паранеопластические поражения. В клинической практике чаще встречаются вторичные злокачественные опухоли перикарда вследствие прорастания опухоли из близлежащих органов (легкие, пищевод, грудная стенка) или метастатического поражения. Наиболее часто метастатическое поражение перикарда встречается при раке легкого (40 %), раке молочной железы (22 %), лейкемии или лимфоме (15 %); около 3–4 % приходится на меланому, саркому, рак желудка и кишечника [1].

Течение опухоли перикарда чаще бессимптомное, и поражения перикарда могут быть первым клиническим проявлением первичных внесердечных опухолевых процессов.

Клинически новообразование перикарда чаще проявляется симптомами перикардита, сердечной недостаточностью, расстройствами сердечной деятельности, а в отдельных случаях симптоматикой, связанной со сдавлением верхних дыхательных путей, нервных стволов, пищевода, миокарда и крупных сосудов [2].

Клинико-лабораторные симптомы являются неспецифичными. Часто новообразование сопровождается снижением массы тела, субфебрильной температурой, общей слабостью, полиартралгиями, кожными высыпаниями, увеличением СОЭ – свыше 30 мм/ч, умеренным лейкоцитозом, анемией, гиперферментемией, повышением концентрации в крови фибриногена, гамма-глобулинов, С-реактивного белка [3–5].

Прогноз при выявлении опухоли перикарда неблагоприятный. Средняя продолжительность жизни с момента постановки диагноза составляет около 3-х месяцев [1].

ЦЕЛЬ

Изучить особенности течения опухолевого поражения перикарда на примере клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ медицинской документации пациентки с опухолью перикарда с февраля по октябрь 2011 г., обследовавшейся и лечившейся в поликлинике по месту жительства и в отделениях стационара (ревматологическом, онкологическом и кардиологическом). Больной было проведено общеклиническое обследование, ЭхоКГ, рентгенография, компьютерная томография грудной клетки, функциональное исследование органов дыхания, цитологическое исследование жидкости перикарда. Выполнена паллиативная торакоскопическая резекция перикарда с дальнейшим цитологическим и гистологическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка Л., 57 лет, считает себя больной с февраля 2011 г. после перенесенной ОРВИ. Наблюдалась у терапевта по месту жительства с диагнозом внебольничная пневмония, получала антибактериальную терапию с положительным клиническим эффектом. Спустя две недели стала нарастать одышка, появилось учащенное сердцебиение. В мае 2011 г. обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на умеренное сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке и в горизонтальном положении, общую слабость. При эхокардиографическом исследовании

CLINICAL CASE: PERICARDIUM SECONDARY TUMOR

A.V. Burmasova, B.T. Zulfigarova, O.I. Shuvalova, A.G. Dmitrieva

Faculty Therapy Department, Medical Institute, Surgut State University

Summary. Pericardial neoplasm is a rare and byway area of clinical oncology due to clinical signs variety, absence of pathognomonic symptoms and complexity of diagnosis.

Keywords: tumor of pericardium.

были выявлены признаки экссудативного перикардита, в связи с чем больная была госпитализирована. С мая по июнь обследовалась и лечилась в кардиоревматологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы с диагнозом перикардит неуточненной этиологии, пароксизм фибрилляции предсердий.

При обследовании крови выявлено ускорение СОЭ до 35 мм/ч, повышение С-реактивного белка, гипонатриемия и гипокальциемия, повышение уровня фибриногена, альфа 2 и бета-глобулинов.

ЭКГ при поступлении: фибрилляция предсердий с ЧСС 135 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево; электрическая альтернация QRS; умеренные диффузные изменения миокарда. ЭКГ на следующий день: синусовый ритм, ЧСС 86 ударов в минуту, умеренные

изменения миокарда высоких отделов боковой стенки ЛЖ.

ЭхоКГ при поступлении: размеры камер сердца в пределах нормы. Систолическая функция желудочков хорошая. Стенки аорты, створки аортального клапана уплотнены. Жидкость в полости перикарда до 200 мл. На висцеральном листке перикарда за верхушкой ЛЖ лоцируется гиперэхогенное образование без динамики.

Контроль ЭхоКГ через неделю (рис. 1): размеры камер сердца в пределах нормы. Систолическая функция желудочков хорошая. Стенки аорты, аортального клапана уплотнены. Гиперэхогенное образование за верхушкой ЛЖ без динамики. Жидкость в полости перикарда до 150 мл. На висцеральном листке перикарда дополнительные эхоструктуры.



Рис. 1. Объемное образование на висцеральном листке перикарда за верхушкой левого желудочка (В-режим, апикальный доступ)

УЗИ плевральных полостей: патологии не выявлено; жидкость не определяется.

Рентгенография молочных желез: фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента. УЗИ молочных желез: признаки аденоматоза. Киста левой молочной железы. При фиброbronхоскопии патологии не выявлено. При цитологическом исследовании промывных вод бронхов атипичные клетки не обнаружены.

В динамике на фоне лечения количество жидкости в перикарде уменьшилось, пациентка выписана с клиническим улучшением. Даны рекомендации по дальнейшему наблюдению у онколога.

В июле 2011 г. в связи с выраженным усилением одышки, общей слабости больная повторно госпитализирована в ревматологическое отделение.

ЭхоКГ: определяется свободная жидкость до 600 мл, коллабирование правых камер сердца и левого предсердия. Не исключается угроза тампонады сердца. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: кардиомегалия (вероятно, за счет выраженного гидроперикарда). В нижнем отделе левой доли легкого уменьшение затемнения в объеме и интенсивности. Сохраняется высокое стояние купола диафрагмы сле-

ва. Справа определяется линейный фиброз, синус свободный. Корни неструктурны с обеих сторон.

Учитывая тяжелое состояние пациентки, было проведено дренирование перикарда с цитологическим исследованием его жидкости. Атипичные клетки не обнаружены. Компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием: левое легкое уменьшено в объеме; в нижней доле левого легкого в проекции S9 определяется участок линейного фиброза. В проекции переднего средостения на уровне левого желудочка определяется объемное образование округлой формы с достаточно четкими контурами, размером 30 × 40 × 36 мм, неоднородной структуры за счет включения участков кальцификации. Плотность 38 × 42 Н, накопление неинтенсивное по периферии, преимущественно отсроченная фаза до 65 Н. Заключение: КТ-картина объемного образования переднего средостения (подозрение на тератодермоидное образование). В динамике на ЭхоКГ сохраняется гиперэхогенное образование висцерального листка перикарда. На рентгенограмме органов грудной клетки: малый гидроторакс слева.

На фоне терапии сердечной недостаточности отмечено улучшение самочувствия пациентки.

В конце июля больную переводят в онкологическое отделение для проведения диагностической биопсии с предварительным диагнозом бластома переднего средостения. Осложнения: гидроперикард. Пароксизмальная фибрилляция предсердий. Угроза тампонады сердца. Дренажное перикарда. ХСН: НК – II, ФК – III. Сопутствующий: гиперферментемия на фоне сердечной недостаточности.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена плановая диагностическая торакоскопическая резекция перикарда, дренирование правой плевральной полости.

Гистология ткани перикарда: элементы фиброзной ткани с мелкими фокусами эпителиальной злокачественной опухоли с признаками железистой дифференцировки. Гистология жировой клетчатки средостения и участка перикарда: элементы фиброзной ткани, без эпителиального компонента, не исключается наличие десмоидного фиброматоза средостения.

Локализация первичной опухоли не верифицирована. Консилиумом онкологов уточнен основной клинический диагноз: метастаз в перикард из неустановленного очага T_хN_хM₁. IV стадия, 4-я клиническая группа. Рекомендованы: пересмотр гистологических препаратов за пределами города Сургута (в Екатеринбурге) с последующей явкой на консилиум онкологов; диспансерное наблюдение у онколога поликлиники, симптоматическая терапия. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

В сентябре 2011 г. был получен результат повторного исследования ткани опухоли на мутации в гене KRAS из НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Мутации в гене не обнаружены.

При дальнейшем наблюдении в поликлинике у пациентки по лабораторным данным в клиническом анализе крови отмечено увеличение СОЭ до 25 мм/ч, лимфопения, гиперкоагуляция; в клиническом анализе мочи – протеинурия, гемоглобинурия, лейкоцитурия. На ЭхоКГ выявлен продолженный рост опухоли с прорастанием в миокард, выпот в полость перикарда до 200 мл. На рентгенограммах органов грудной клетки выявлены признаки пневмонии в нижней доле правого легкого, гидроторакс справа. При проведении фиброгастродуоденоскопии обнаружено сдавление нижней трети пищевода извне.

Консилиумом онкологов в октябре 2011 г. выставлен клинический диагноз:

Основное заболевание: MTS в перикард из неустановленного очага T_хN_хM₁. Стадия IV. 4-я клиническая группа. Паллиативная перикардэктомия. Продолженный рост. Прорастание в миокард.

Осложнения: Гидроперикард. Пароксизмальная фибрилляция предсердий. НК – 2, ФК – 3. Угроза тампонады сердца. Дренажное перикарда. Сопутствующее заболевание: гиперферментемия на фоне сердечной недостаточности.

Больная получала симптоматическое лечение. В оперативном лечении и химиотерапии было отказано в связи с тяжестью состояния.

7 ноября 2011 г. больная экстренно поступает в кардиологическое отделение Сургутской окружной клинической больницы с выраженной декомпенсацией сердечной деятельности. При осмотре состояние тяжелое, кожа и слизистые с диффузным цианозом, массивные отеки голеней, стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везику-

лярное, ослабленное в нижних отделах, единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в минуту. Сатурация кислорода (SpO₂) – 89 %. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный, частота 76 ударов в минуту. Тоны приглушенные, шумы не прослушиваются. Артериальное давление 80 и 60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1–2 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

При обследовании 25 октября 2011 г.: ЭхоКГ полости сердца не расширены. Левый желудочек поджат. Диффузный гипокинез. Фиброз корня и стенок восходящего отдела аорты. Выпот в полость перикарда до 200 мл. Объемное образование перикарда за левым желудочком. Признаки легочной гипертензии.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения поджелудочной железы. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости и в плевральной полости справа.

Рентгенограмма органов грудной клетки: пневмический инфильтрат в нижней доле правого легкого, осложненный экссудативным плевритом.

ЭКГ 26 октября 2011 г.: синусовая тахикардия – ЧСС 107 ударов в минуту ЭОС отклонена влево. Умеренные нарушения процессов реполяризации диффузного характера.

МРТ 10 ноября 2011 г.: картина объемного образования переднего средостения исходящего вероятнее всего из перикарда; не исключается инвазивный рост в миокард левого желудочка. Признаки опухоли перикарда.

Несмотря на проводимое лечение, явления сердечной недостаточности быстро нарастали, и 10 ноября 2011 г. наступила смерть от остановки сердца.

Окончательный диагноз:

Основное заболевание: метастатическая опухоль перикарда с прорастанием в миокард из неустановленного очага. T_хN_хM₁. Стадия IV. 4-я клиническая группа. Прорастание в миокард. ФК – III, НК – IV. Паллиативная перикардэктомия.

Осложнение: ишемическая нефропатия. Хроническая почечная недостаточность 1–2 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: бронхиолоальвеолярный рак левого легкого с распространением опухоли в бифуркационные и паратрахеальные лимфатические узлы, с множественными метастазами в перикард и миокард левого желудочка – pT4pN2pM2.

Осложнения: геморрагический плеврит, перикардит. Тяжелая дистрофия внутренних органов. Хроническое венозное полнокровие внутренних органов; отек головного мозга.

Сопутствующее заболевание: нефросклероз.

Выводы

Заболевание дебютировало перикардитом с нарушением ритма сердца и явлением сердечной недостаточности. На фоне лечения сердечной недостаточности наступило клиническое улучшение. Впервые опухоль перикарда была выявлена при эхокардиографическом обследовании.

К сожалению, КТ и МРТ позволили получить только картину фиброза и нижнедолевой пневмонии, не смогли выявить локализацию первичной опухоли. Пункция перикарда и фибробронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважом также оказались неэффек-

тивными: атипичные клетки не были обнаружены. Данные о злокачественной опухоли были получены только при гистологическом исследовании участка перикарда.

Учитывая вышеизложенное, необходима онкологическая настороженность врачей: при появлении опухолевидного образования целесообразно проведение биопсии в ранние сроки.

ЛИТЕРАТУРА

- Разумова Е. Т., Харченко М. С., Литвинова И. С. Опухолевые поражения перикарда в клинике внутренних болезней // Рос. кардиол. журн. 2006. № 5. С. 106–116.
- Гогин Е. Е. Болезни перикарда. М.: Медицина, 1979. 192 с.
- Антонов А. К., Титов К. С., Белоусов А. В., Киселевский М. В. Лечение опухолевых перикардитов // Вест. службы крови России. 2011. № 2. С. 27–28.
- Thurber D. L., Edwards J. E., Achor R. W. P. Secondary malignant tumors of the pericardium // Circulation. 1962. Vol. 26. P. 228–241.
- Sue-Ann Locnen M. D. Cardiac Tumors and Pericardial Diseases // Medicine. 2010. Vol. 22. P. 230–235.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бурмасова Аурика Владимировна – к.м.н., преподаватель кафедры факультетской терапии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: aurika585@mail.ru.

Зульфигарова Бэла Тахировна – аспирант кафедры факультетской терапии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: bellasurgut08@yandex.ru.

Шувалова Ольга Ивановна – к.м.н., преподаватель кафедры факультетской терапии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: shuvalova78@mail.ru.

Дмитриева Анна Григорьевна – ординатор кафедры факультетской терапии медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: bead_001@mail.ru.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Burmasova Aurika Vladimirovna – PhD (Medicine), Assistant, Department of Faculty Therapy, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: aurika585@mail.ru.

Zulfigarova Bella Takhirivna – Postgraduate, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: bellasurgut08@yandex.ru.

Shuvalova Olga Ivanovna – PhD (Medicine), Assistant, Department of Faculty Therapy, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: shuvalova78@mail.ru.

Dmitrieva Anna Grigorievna – Postgraduate, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: bead_001@mail.ru.