

УСПЕШНОЕ УДАЛЕНИЕ В-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

М.А. Мартаков, М.В. Вишнякова, М.В. Вишнякова (мл.), В.П. Пронина, Б.В. Ивашкин, В.А. Дудаков, В.Т. Селиваненко, А.Г. Осиев

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация

SUCCESSFUL REMOVAL OF THE B-CELL LYMPHOMA OF THE RIGHT HEART AND THE TRICUSPID VALVE REPLACEMENT IN A HIV-INFECTED PATIENT

M.A. Martakov, M.V. Vishnyakova, M.V. Vishnyakova (jr.), V.P. Pronina, B.V. Ivashkin, V.A. Dudakov, V.T. Selivanenko, A.G. Osiyev

M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Первичная В-клеточная лимфома сердца относится к редким опухолям. В статье представлен клинический случай успешного хирургического удаления первичной лимфомы правых отделов сердца у ВИЧ-инфицированного пациента. Использование современных диагностических методов исследования и агрессивной хирургической тактики позволяют достичь клинического эффекта у указанной категории пациентов.

Ключевые слова:

В-клеточная лимфома, ВИЧ-инфекция, протезирование клапана сердца.

ABSTRACT

Primary B-cell lymphoma of the heart is an extremely rare disease. We report a case of successful removal of the right heart B-cell lymphoma and the tricuspid valve replacement in a HIV-infected patient. The use of modern diagnostic procedures and aggressive surgical management allow clinical effect in this category of patients to be achieved.

Keywords:

B-cell lymphoma, HIV infection, heart valve replacement.

КТ — компьютерная томография
МРТ — магнитно-резонансная томография
НК — недостаточность кровообращения

УЗИ — ультразвуковое исследование
ФК — функциональный класс
ЭхоКГ — эхокардиография

Первичная В-клеточная лимфома сердца — крайне редкое заболевание, составляющее 1,2–2% первичных опухолей сердца [1–4]. Предполагается, что на развитие лимфом оказывает влияние повышенная радиация, использование пестицидов, а также терапия с целью понижения активности иммунной системы, например, при пересадке костного мозга или при лечении ВИЧ-инфекции [3, 5]. В доступной отечественной и зарубежной литературе нам не встретились случаи успешного хирургического удаления лимфомы сердца. Злокачественное течение самого заболевания, увеличение числа ВИЧ-инфицированных пациентов, требующих назначения иммуносупрессивной тера-

пии, диктуют необходимость поделиться собственным опытом.

Пациент П., 43 лет, поступил в отделение кардиохирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с жалобами на одышку при физической нагрузке, общую слабость, отеки нижних конечностей. Из анамнеза: внутривенная наркомания с 18 до 32 лет. Носитель вируса гепатита С и ВИЧ-инфекции с 32-летнего возраста. Тогда же начата специфическая противовирусная терапия. Считает себя больным около 2 мес, когда появились вышеописанные жалобы. Состояние больного при поступлении тяжелое. Акроцианоз. Асцит. Отечность ног. Увеличение печени на 10–12 см ниже реберной дуги. В легких дыхание жесткое,

в правых отделах ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 98 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст.

ЭКГ: Синусовый ритм. Отклонение электрической оси сердца вправо. Рентгенография грудной клетки: Правосторонний гидроторакс. Рентгенологические признаки расширения правых отделов сердца. ЭхоКГ (рис. 1): объемное бугристое образование 6,5х4,5 см, расположенное в нижней части правого предсердия, распространяющееся до уровня притока и оттока правого желудочка и до модераторного тяжа в полость правого желудочка, создающее obstruction трикуспидального клапана (пиковый градиент 19 мм рт.ст.). Левые камеры сердца не расширены. Жидкость в перикарде 900 мл. УЗИ органов брюшной и грудной полости: Асцит. Правосторонний гидроторакс. Расширение нижней полой вены и печеночных вен. УЗ-признаки хронического калькулезного холецистита. КТ сердца с контрастированием и МРТ с контрастированием (рис. 2а, б): Интрамуральное объемное образование с внутриполостным ростом в правых отделах сердца (размеры 44х43х37 мм, контуры четкие, бугристые).

Клинический диагноз: новообразование правого предсердия и желудочка, связанное с хордопапиллярным аппаратом трикуспидального клапана. Сужение выходного тракта правого желудочка. Недостаточность трикуспидального клапана 3 ст. НК 2Б, IV ФК. ВИЧ-инфекция, носительство гепатита С.

Операция произведена в условиях гипотермического искусственного кровообращения (28°C) и фармакохолодовой кардиopleгии раствором «Кустодиол». При ревизии сердце увеличено за счет правого предсердия и желудочка. Выполнена продольная атриотомия правого предсердия. После удаления кардиopleгического раствора в полости правого предсердия визуализируется опухоль, интимно спаянная с его стенкой и межжелудочковой перегородкой, створками и хордопапиллярным аппаратом трикуспидального клапана (рис. 3). Размер опухоли 5х6 см. Новообразование радикально иссечено вместе с эндокардом стенки правого предсердия, правого желудочка и межжелудочковой перегородки, удалены структуры трикуспидального клапана, спаянные с опухолью. В трикуспидальную позицию имплантирован протез «Карбоникс-34» с перемещением коронарного синуса в правый желудочек (рис. 4). Восстановление сердечной деятельности после однократного разряда дефибриллятора. Общее время искусственного кровообращения – 100 мин. Время пережатия аорты – 78 мин.

При гистологическом исследовании: В-клеточная крупноклеточная лимфома с заметной митотической активностью.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Для дальнейшего лечения – проведения полихимиотерапии (СНОР) – пациент переведен в профильное гематологическое отделение для ВИЧ-инфицированных больных.

В-клеточная лимфома сердца относится к крайне редко встречающимся заболеваниям сердца. Клинические проявления опухоли обусловлены ее локализацией в камерах сердца. Наиболее часто лимфомы поражают правое предсердие [3–7]. В 75% вовлекаются и другие камеры сердца, что позволяет на дооперационном этапе заподозрить данную опухоль. В связи с редкостью указанной патологии нет единого мнения о единой тактике лечения. В каждом конкретном случае решение принимается индивидуально, учитывая статус пациента, объем и распространенность опухоли, а также возможность оказания специализированной полихимиотерапии.



Рис. 1. Эхокардиограмма пациента с В-клеточной лимфомой

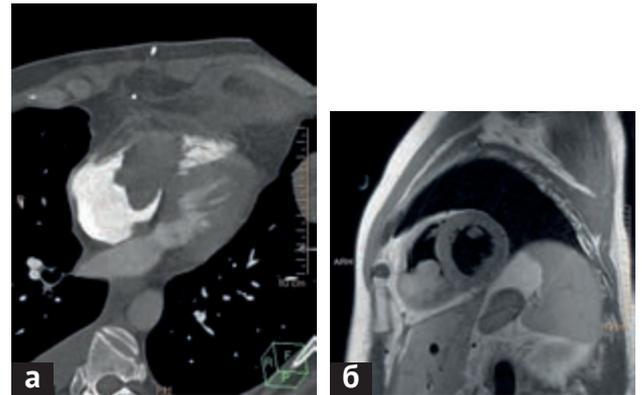


Рис. 2. а — мультиспиральная компьютерная томография; б — магнитнорезонансная томография

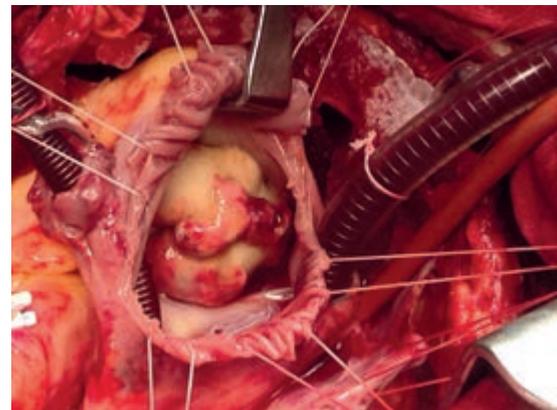


Рис. 3. Лимфома правых отделов сердца (интраоперационная фотография)

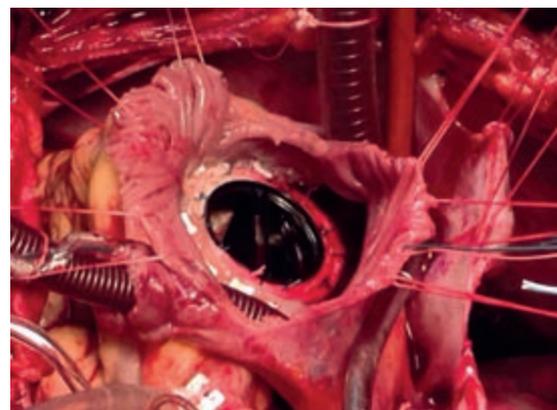


Рис. 4. Протезирование трикуспидального клапана (интраоперационная фотография)

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э., Серов Р.А. Кардиоонкология. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2005 – С. 129–174.
2. Недоступ А.В., Седов В.П., Дземешкевич С.Л. и др. Первичная лимфома сердца: трудности диагностики и лечения // Терапевтический архив – 2011. – № 4. – С. 17–23
3. Доронин В.А., Морозова Н.В., Градобоев М.И. и др. Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома сердца. Клиническая наблюдение и обзор литературы // Клиническая онкогематология – 2009. – № 4. – С. 358–361

REFERENCES

1. Bokeriya L.A., Malashenkov A.I., Kavsadze V.E., Serov R.A. *Kardioonkologiya* [Cardiooncology]. Moscow: NTsSSKh im. A.N. Bakuleva RAMN Publ., 2005. 29–174. 1. [In Russian].
2. Nedostup A.V., Sedov V.P., Dzemeshkevich S.L., et al. Pervichnaya limfoma serdtsa: trudnosti diagnostiki i lecheniya [Primary lymphoma of the heart: the difficulty of diagnosis and treatment]. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2011; 4: 17–23. [In Russian].
3. Doronin V.A., Morozova N.V., Gradoboev M.I., et al. Pervichnaya dif-fuznaya V-krupnokletchnaya limfoma serdtsa. Klinicheskaya nably-udenie i obzor literatury [Primary diffuse large B-cell lymphoma of the heart. Clinical observations and review of the literature]. *Klinicheskaya onkogematologiya*. 2009; 4: 358–361. [In Russian].

4. Burling F., Devlin G., Heald S. Primary cardiac lymphoma diagnosed with trans-esophageal echocardiography-guided endomyocardial biopsy // *Circulation*. – 2000. – Vol. 101, N. 17. – E179–181.
5. Ceresoli G.L., Ferreri A.J., Bucci E. Primary cardiac lymphoma in immunocompetent patients: diagnostic and therapeutic management // *Cancer*. – 1997. – Vol. 80, N. 8. – P. 1497–1506.
6. Margolin D.A., Fabian V., Mintz U. Primary cardiac lymphoma // *Ann. Thorac. Surg.* – 1996. – Vol. 61, N. 3. – P. 1000–1001.
7. Proctor M.S., Tracy G.P., Von Koch L. Primary cardiac B-cell lymphoma // *Am. Heart J.* – 1989. – Vol. 118, N. 1. – P. 179–181.

4. Burling F., Devlin G., Heald S. Primary cardiac lymphoma diagnosed with trans-esophageal echocardiography-guided endomyocardial biopsy. *Circulation*. 2000; 101 (17): E179–181.
5. Ceresoli G.L., Ferreri A.J., Bucci E. Primary cardiac lymphoma in immunocompetent patients: diagnostic and therapeutic management. *Cancer*. 1997; 80 (8): 1497–1506.
6. Margolin D.A., Fabian V., Mintz U. Primary cardiac lymphoma. *Ann Thorac Surg*. 1996; 61 (3): 1000–1001.
7. Proctor M.S., Tracy G.P., Von Koch L. Primary cardiac B-cell lymphoma. *Am Heart J*. 1989; 118 (1): 179–181.

Поступила 24.10.2014

Контактная информация:

Мартаков Михаил Александрович,

д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения
кардиохирургии МОНИКИ им М.Ф. Владимирского
e-mail: martakoff@yandex.ru