

房间隔海绵状血管瘤 1 例

刘朝君 夏红梅*

陆军军医大学第二附属医院超声科,重庆 400037

关键词 心脏肿瘤 海绵状血管瘤 超声心动图

中图分类号 R732.1 **文献标识码** D **DOI** 10.11768/nkjwzzzz20220521

心脏血管瘤是一种罕见的心脏原发性良性肿瘤,最早由 Uskoff 于 1893 年发现并报道^[1],文献资料以个案报道多见。心脏血管瘤可发生在心脏的任何位置,包括心外膜、心肌、心内膜,常见于右心室、左室壁、室间隔,罕见于心外膜、房间隔及瓣膜上,以累及右心系统较为多见,单纯累及房间隔罕见。本文分析 1 例房间隔海绵状血管瘤的临床资料并复习相关文献,希望加强对心脏血管瘤的认识。

患者女,54 岁,因“体检发现心脏占位 1 周”入院。患者 1 周前健康体检时发现房间隔占位,遂来陆军军医大学第二附属医院进一步检查治疗。患者平素体健,无心悸、气促、胸痛、胸闷、呼吸困难、咳嗽、发热等不适。入院查体一般情况可,皮肤无黄染及其他异常,口唇无紫绀。心率 87 次/min,心律齐,各瓣膜区未闻及明显杂音,双肺呼吸音清晰,未闻及明显干湿啰音。腹软,肝脾肋下未触及。双下肢无水肿,周围血管征阴性。腹部超声示:肝、胆、胰、脾、双肾超声未见异常。心电图示正常心电图。超声心动图示:房间隔区可见实性肿块影像,范围约 53 mm × 34 mm,形态规则,边界清晰,彩色多普勒示肿块内未见明显血流信号,该肿块致使上腔静脉入口处变窄,上腔静脉内径 5.3 mm,流速 167 cm/s,压差 11 mmHg;超声诊断:房间隔实质性占位,性质待定,见图 1,占位内未见血流信号,见图 2。冠状动脉 CT 血管造影示:房间隔区见异常团块影,大小约 45 mm × 39 mm,密度均匀,边界清晰,增强扫描可见少许斑片状强化;诊断为房间隔区占位,性质待定。患者明确房间隔占位性病变后转心脏血管外科行手术治疗,术中房间隔膜下可见明显占位,大小约 50 mm × 40 mm,界限清晰,质地偏硬,对上腔静脉存在局限性压迫。术后病理瘤组织呈灰黄色,包膜完整,切面灰红色,实性,质中偏软,诊断为海绵状血管瘤,见图 3。术后半年复查超声心动图示房间隔区未探及异常回声,见图 4。

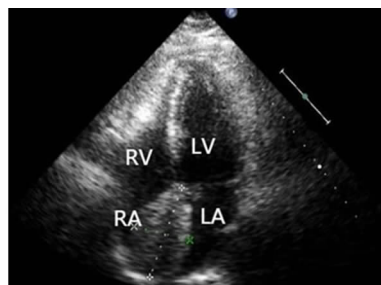


图 1 术前四腔心切面示房间隔区实质性占位

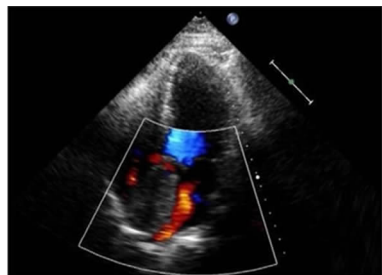


图 2 术前彩色多普勒示肿块内未见明显血流信号

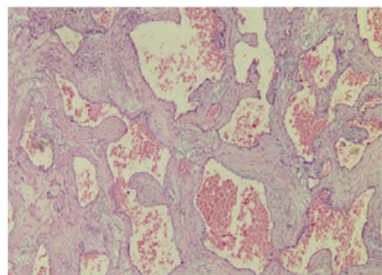


图 3 手术切除瘤体标本病理诊断房间隔海绵状血管瘤(HE 染色 ×40)

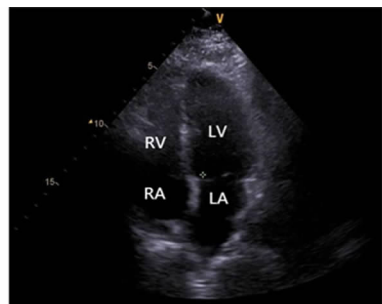


图 4 术后半年复查四腔心切面示房间隔区未见异常回声

* 通信作者:夏红梅,E-mail:xiahm985206@126.com,重庆市沙坪坝区新桥正街 183 号

讨论 心脏原发性肿瘤较为罕见,尸检证实发病率为 0.002%~0.3%^[2],其中良性肿瘤占 75%,成人中最常见的是黏液瘤,而血管瘤罕见,只占心脏原发肿瘤的 0.8%~2.8%^[3]。临床报道中也以个案报道多见,单纯累及房间隔罕见。心脏血管瘤可发生在心脏的任何位置,包括心外膜、心肌、心内膜,以累及右心系统较为多见^[4],发病与年龄、性别无明显相关性。血管瘤为成熟性血管组成的血管源性良性肿瘤或畸形,组织学分型包括:非特殊类型血管瘤、毛细血管瘤和海绵状血管瘤。典型的毛细血管瘤靠近心内膜,海绵状血管瘤及动静脉畸形多位于肌壁间^[5]。其中海绵状血管瘤的发病率相对较高,主要由边界不清、扩张、充血的血管构成,管壁较薄,管腔内可有血栓形成。心脏血管瘤临床表现取决于肿瘤部位及大小,大部分心脏血管瘤患者可无明显自觉症状,常于检查时意外发现,心腔内较大的血管瘤可表现为类似黏液瘤样梗阻症状,如胸闷、心悸等;心肌内血管瘤由于心肌受损可致心律失常、心电图传导紊乱、充血性心力衰竭;心外膜血管瘤破裂时则引起心包积液、心包填塞甚至猝死^[6]。本例患者无明显临床症状及体征,体检时发现心脏占位,手术治疗后确诊为海绵状血管瘤。

超声心动图对大多数心脏肿瘤具有较高的敏感性,相比于其他影像检查重复性强,并且可以实时动态观察,因此超声心动图已成为心脏疾病的首选初诊方法。据文献报道非尸检发现的心脏肿瘤,超声心动图的诊断率达 94%^[7]。超声心动图可清晰的显示肿瘤的大小、形态、部位、活动度,并可监测肿瘤的变化以及是否对心脏造成压迫或梗阻,但对肿瘤的性质难以做出准确的病理诊断。超声心动图对血管瘤的诊断缺乏特异性,通常表现为瘤体形态规则,内部回声均质,活动度较大,无周围组织浸润,与大多数良性肿瘤表现一致。由于心脏快速搏动,彩色多普勒在评估血管瘤血供情况时准确性欠佳,可行心肌声学造影检查明确血管瘤血供情况。海绵状血管瘤因毛细血管丰富致灌注高于周围正常心肌组织,血管瘤内造影剂快速灌注增强显影,且呈持续增强。多数良性心脏肿瘤在心肌声学造影中表现为乏血供型,即低增强型;多数恶性心脏肿瘤在心肌声学造影中表现为富血供型,即高增强型^[8]。国外有文献报道依据病灶造影增强程度可以准确鉴别心腔内血栓、良性肿瘤和恶性肿瘤^[9]。而海绵状血管瘤最终诊断依据病理结果。

心脏血管瘤的预后转归不一,随着时间的推移,

大部分血管瘤会持续生长,部分病例肿瘤可能会停止生长,甚至自发缩小。目前海绵状血管瘤的治疗手段以手术切除为主,且预后良好^[10]。本例患者术后恢复良好,无胸闷、心悸、心律失常等,术后复查超声心动图提示房间隔区占位消失,心功能检测正常。复查心电图提示正常心电图。

心脏海绵状血管瘤需与黏液瘤、血栓、心包囊肿、血管肉瘤等鉴别。黏液瘤是最常见的心脏良性肿瘤,多见于左心房,超声表现为椭圆形或类圆形团块,边界清晰,多数有蒂并附着于房间隔卵圆窝处,随心脏搏动活动度较大,并可能引起房室瓣口梗阻。而血管瘤多累及右心系统,通常瘤体较大且边界不清,活动度小。心房血栓好发于心耳,患者常伴随有房颤、二尖瓣疾病等。心室血栓好发于室壁瘤部位或者是心室运动功能减退的部位,通常继发于心肌梗死或心肌病。血栓通常无蒂,基底部较宽,附着面大而游离面小,活动度差。发生于心包内的血管瘤需与心包囊肿鉴别,心包囊肿是心包最常见的囊性病损,多为单房,边界清晰,囊内含有浆液,CT 扫描为均匀水样密度影,增强扫描无强化。血管肉瘤是最常见的心脏恶性肿瘤,常位于右心房,体积较大,形态不规则,基底较宽,边界不清,内部回声不均质,可浸润周围组织。

综上所述,心脏海绵状血管瘤是一种少见的良性肿瘤,患者通常无明显临床症状,超声心动图虽然能准确显示肿瘤大小、位置,但对肿瘤性质难以做出准确的病理诊断,最终诊断需依据病理结果。手术切除是首选治疗方法,患者一般预后良好。

参考文献

- 1 Timme AR. Cavernous hemangioma of the pericardium[J]. Cleve Med, 1915, 14: 453-455.
- 2 马慧,杨自豪,牛义翠,等.右心房肿瘤的超声心动图影像学特征及病理结果分析[J].中国超声医学杂志,2021,37(7):771-775.
- 3 胡胜男,郑哲岚,陈佳易.心脏血管瘤的超声心动图表现及临床分析[J].中华医学超声杂志(电子版),2020,17(11):1137-1141.
- 4 Kipfer B,Englberger L,Stauffer E,et al. Rare presentation of cardiac hemangiomas [J]. Ann Thorac Surg,2000,70(3):977-979.
- 5 方三高,张雷,肖华亮,等.2015 年 WHO 心脏肿瘤分类解读[J].中华病理学杂志,2016,45(9):658-662.
- 6 崔亚艳,陈东,方微,等.心脏血管瘤临床病理 7 例分析[J].心肺血管病杂志,2020,39(7):847-851.
- 7 吴文谦,谢明星,张文竞,等.心脏海绵状血管瘤影像学特征与诊断 2 例报告并文献复习[J].临床心血管病杂志,2014,30(10):878-880.
- 8 田丰,高宇勤,郝霖萍.心肌声学造影在心脏占位性病损诊断中的研究进展[J].医学综述,2022,28(7):1394-1398.
- 9 Barchitta A, Basso C, Piovesana PG, et al. Opacification patterns of cardiac masses using low-mechanical index contrast echocardiography: comparison with histopathological findings [J]. Cardiovasc Pathol,2017,30:72-77.
- 10 杨秋蓝,唐兵,周晓辉,等.心脏海绵状血管瘤的临床表现及外科手术治疗分析[J].中华心血管病杂志,2017,45(9):786-790.

(2022-07-10 收稿 2022-08-11 修回)