

Echocardiographic manifestations of cardiac hemangioma : a case report

心脏血管瘤超声心动图表现 1 例

杨雪崑 梁 皓

[中图法分类号]R540.45

[文献标识码]B

患者女,58岁,因活动后气短,憋喘8年,加重5d就诊。体格检查:颈静脉无怒张,心前区无异常隆起,未触及震颤,心界正常,心脏搏动位置正常,心率88次/min,律齐,各瓣膜区均未闻及病理性杂音,周围血管征(-),双下肢无水肿,无杵状指、趾。心电图检查:窦性心律,偶发室性早搏,中度ST段压低,T波异常。冠状动脉增强CT检查:扫描野心尖前下方见低密度无强化区,边界清晰,其内密度均匀,最大横断面约5.6 cm×4.0 cm,其内可见前降支远段通过,管腔略变细。术前超声心动图检查:心脏左房、左室及右房内径均正常;右室前壁探及一巨大形态不规则的混合回声包块,内以无回声为主,另可探及网格样结构及不规则团状低回声(图1)。包块范围自右室前壁中部至心尖部,上下径4.87 cm,横径6.16 cm,压迫右室。包块壁较薄,无舒缩活动,与右室壁及心包关系紧密。房室间隔连续完整。各组瓣膜未见异常。心包腔内探及带状无回声,位于右室前壁外侧。射血分数60%。CDFI:三尖瓣少量反流;于包块内可探及血流信号,血流似经一极细窄的网格状交通口与右室交通(图2)。超声心动图提示:右室壁囊实性占位,性质待定。患者行右室肿瘤部分切除缝闭术,术中见:右室前壁和膈面靠近心尖处呈蕈伞状突出,大小约8.0 cm×8.0 cm,呈紫红色,左前降支从突出物左侧缘穿入。三尖瓣口探查示右室内结构无明显异常,未见右室内开口和纤维组织增生。从外侧切开突起物,见紫红色血液溢出,其内呈网格状,形成多个小腔,较大者靠近左室侧。突起物“瘤体”组织较韧,反复探查无血栓,未能沟通右室,但经三尖瓣右室注水偶见有水溢出。剪开表面的网格组织,将深部多处网格腔缝闭。剪除切口左侧部分“瘤壁”送

病理,后缝合“瘤体”切口。术后病理:送检纤维和脂肪组织内见散在性分布的紊乱的薄壁血管,管壁厚薄不一,符合血管瘤诊断(图3)。

术后复查超声心动图检查:心脏各房室腔内径均正常,心包腔内未见明显无回声,右室前壁中下段探及一不规则团块回声(残余瘤体)附着于右室壁(图4),左右径4.16 cm,前后径约1.20 cm,内部回声欠均质,其内见灶状无回声区。团块与心腔无交通,对心腔压迫不明显;射血分数60%;CDFI于心腔内未探及异常血流信号。

讨论:血管瘤为良性肿瘤,可发生于任何部位,但心脏血管瘤极罕见。心脏血管瘤可发生于心脏和心包的任意位置,组织病理学将其分为海绵状血管瘤、毛细血管瘤及动-静脉血管瘤^[1]。心脏血管瘤无特征性临床表现,患者可无症状或仅自觉心悸、胸闷、气短等,但若瘤体挤压心脏、阻碍瓣膜活动,可导致症状较明显,需行外科手术治疗。术前超声心动图确诊心脏血管瘤十分困难,本例术前超声心动图显示瘤体为以无回声为主的混合性回声包块,易误诊为包裹性心包积液、心包囊肿、巨大不典型右室憩室并血栓形成等。超声虽可发现占位性病变,却难以提示血管瘤,其定性诊断需依靠病理。但超声可显示血管瘤的位置、范围、大小、形状,以及是否对心脏造成压迫或梗阻,可为临床提供心脏占位性病变的有用信息。

参考文献

[1] 王新房,谢明星. 超声心动图学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:622.

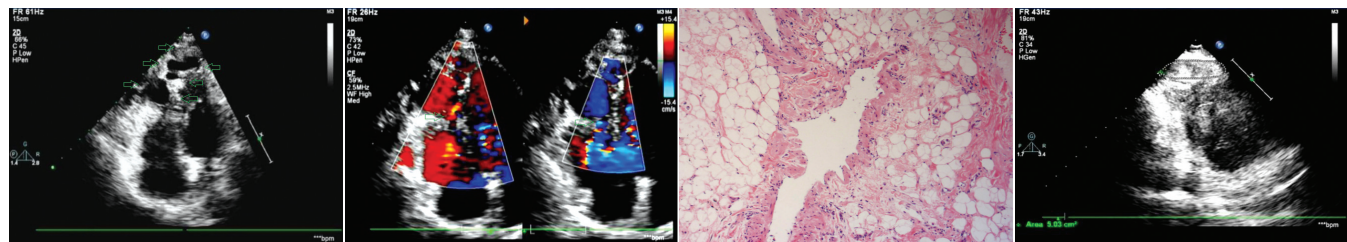


图1 术前超声心动图于右室前壁探及一形态不规则的混合回声包块(箭头示),内以无回声为主,并见网格样结构和不规则团状低回声
图2 CDFI于包块内探及血流信号,血流似经一极细窄的网格状交通口与右室交通(箭头示)
图3 心脏血管瘤病理图(HE染色, ×100)
图4 术后超声心动图显示残余瘤体面积约5.03 cm²,回声欠均质,内见灶状无回声区

(收稿日期:2019-06-21)