CASE REPORT

Unusual Site of Recurrent Myxoma Originating in the Left Atrial Appendage

Rozita Jalalian[1],
Ahmad Babaei[2],
Negin Akbari[2]

[1] Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Resident in Cardiology, Student Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received September 16, 2011 ; Accepted April 7, 2012)

Abstract

Myxoma is the most common type of primary tumors of heart. Recurrence of nonfamilial myxoma is unusual and recurrence in left atrial appendage is not reported.

We present a case of sporadic myxoma in the left atrium who had a successful resection. However, the patient's constitutional symptoms caused confusion and difficulty in diagnosis. Final diagnosis was recurrent Myxoma in the left atrial appendage which was made through echocardiography. Echocardiography is a standard choice for noninvasive diagnosis and localization of heart tumors. Operative resection of tumors is the most appropriate treatment for myxoma.

Keywords: Myxoma, left atrial appendage, recurrence

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(88): 109-112 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و یکم شماره ۸۸ اردیبهشت سال ۱۳۹۱ (۱۱۲-۱۰۹)

معرفی یک مورد عود میگزوم نابجای گوشک دهلیز چپ

رزیتا جلالیان[۱]
احمد بابائی[۲]
نگین اکبری[۲]

چکیده

میگزوم قلبی شایع‌ترین تومور اولیه قلب می باشد. عود میگزوم در موارد غیرفامیلی ناشایع است و در گوشک دهلیز چپ گزارش نشده است. مورد معرفی شده یک بیمار، با سابقه میگزوم دهلیز چپ (درمان شده) که با علایم سرشتی مراجعه کرده و سبب سردرگمی و دشواری در تشخیص شده است. تشخیص نهایی بیمار، عود میگزوم در گوشک دهلیز چپ بوده است که با اکوکاردیوگرافی تشخیص داده شد. اکوکاردیوگرافی روش استاندارد غیر تهاجمی تشخیص و تعیین محل توده های قلبی است و جراحی و برداشت توده روش اصلی درمان بیماران میگزوم قلبی است.

واژه‌های کلیدی: میگزوم، گوشک دهلیز چپ، عود

مقدمه

میگزوم قلبی شایع‌ترین تومور اولیه قلبی و ۳۰ تا ۵۰ درصد کل تومورهای اولیه قلبی را تشکیل می‌دهد(۱). میگزوم اغلب در افراد ۳۰ تا ۵۰ سال دیده می‌شود. ۸۳ درصد موارد میگزوم در دهلیز چپ، ۱۳ درصد در دهلیز راست، ۱/۳ درصد در هر دو دهلیز و بقیه در بطن راست و سطح دریچه ها قرار دارند. میگزوم اولیه درگوشک دهلیز چپ بسیار نادر است و تا به حال فقط چند مورد در دنیا گزارش شده که در موارد میگزوم ارثی دیده می‌شود و عود میگزوم در گوشک دهلیز چپ نیز در موارد ارثی گزارش است ولی در موارد غیر فامیلی تا به حال گزارش نشده است(۳،۲). بیماران بسته به اندازه، محل و تحرک توده علایم غیر اختصاصی دارند. اغلب بیماران با علایم انسداد قلبی، آمبولی سیستمیک و ریوی، علایم سرشتی و سیستمیک مراجعه می کنند(۵،۴). علایم انسدادی مربوط به دریچه میترال شامل سرگیجه، تنگی نفس، سرفه، ادم ریه و نارسائی قلبی است. آمبولی سیستمیک و آمبولی ریوی بسته به محل تومور یکی دیگر از علایم میگزوم می‌باشد. علایم سرشتی شامل تب، کاهش وزن، خستگی، درد عضلانی، درد مفاصل و ضعف می‌باشد. این علایم سرشتی تشخیص بیماری را مشکل می کند، زیرا سبب سردرگمی و دشواری در تشخیص بیماری می‌شود(۸-۶).

ما یک بیمار میگزوم گوشک دهلیز چپ را معرفی می کنیم. این بیمار دو سال قبل به علت میگزوم دهلیز چپ تحت عمل جراحی قرار گرفت و به علت عود میگزوم در گوشک دهلیز چپ مراجعه کرده بود.

گزارش مورد

بیمار خانم ۴۲ ساله که به علت تب و سرفه خشک، تنگی نفس حین فعالیت، ضعف عمومی و ضایعات

مولف مسئول: رزیتا جلالیان- ساری: مرکز قلب مازندران، بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س)، گروه قلب و عروق E-mail: rozita_jalalian@yahoo.com
۱. گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. دستیار قلب و عروق، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تاریخ دریافت : ۹۰/۶/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۹۰/۸/۵ تاریخ تصویب : ۹۱/۱/۱۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

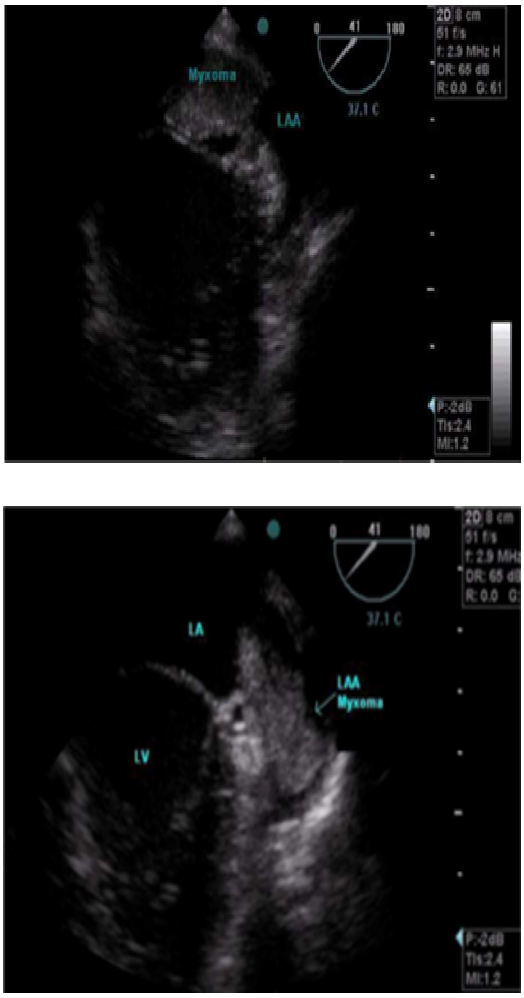
پوستی(پاپول قرمز) در اندام‌ها از دو هفته قبل در بیمارستان بستری شده بود و تحت بررسی‌های تشخیصی جهت بیماری عفونی و روماتیسمی قرار گرفت. بیمار درد قفسه سینه، ارتوپنه و تنگی نفس حمله‌ای شبانه نداشت. بیمار سابقه فشار خون و دیابت ملیتوس داشت و ۲ سال قبل به علت میگزوم دهلیز چپ در محل فوسا اوالیس تحت عمل جراحی قرار گرفت. در اکو قبل از عمل جراحی قبلی توده ۳۰ در ۴۰ میلی متر در محل سپتوم بین دهلیزی در محل فوسا اوالیس داشت، که تحت عمل جراحی قرار گرفت و پاتولوژی تشخیص را تأیید کرد. سابقه فامیلی میگزوم نداشت.

در مراجعه نبض بیمار منظم بود. فشار خون، $\frac{۱۳۰}{۸۰}$ درجه حرارت ۳۷/۸ سانتی گراد، ضربان قلبی ۹۸ در دقیقه و تعداد تنفس ۱۴ در دقیقه داشت. آزمایش بیوشیمی خون نرمال بود.

$$Hb = ۱۱\ ^{g}/_{dl} \qquad ESR = ۹۰\ ^{mm}/_{hr}$$

CRP +۳ و کشت خون منفی بود. نوار قلب نرمال بود. معاینه قلب رامبل دیاستولیک در آپکس سمع شد. معاینه ریه نرمال بود. روی پوست کف دست پاپول‌های قرمز مشاهده شد. گرافی قفسه سینه نرمال بود. جهت بیمار در مرکز درمانی اولیه تشخیص احتمالی اندوکاردیت مطرح شد و اکو درخواست شد. در اکوترانس توراسیک یک توده متحرک ۴۰×۳۰ میلی‌متر در دهلیز چپ مشاهده شد که در دیاستول وارد دریچه میترال می‌شد. رگورژیتاسیون دریچه میترال نداشت. در اکو ترانس ازوفاژیال یک توده متحرک در دهلیز چپ که توسط پایه به گوشک دهلیز چپ چسبیده بود مشاهده شد(تصویر شماره ۱).

توده اکوژنیک بوده و سبب انسداد دریچه میترال در دیاستول می‌شد. محل عمل جراحی قبلی (سپتوم دهلیزی) کاملاً طبیعی بود. نمای Smoky مشاهده نشد. فلو ولوسیتی گوشک دهلیز چپ ۰/۴ m/s بود. بیمار با تشخیص عود میگزوم در گوشک دهلیز چپ جهت جراحی به اتاق عمل برده شد و عمل جراحی با موفقیت انجام شد.



تصویر شماره ۱: اکو ترانس ازوفاژیال: توده اکوژن دهلیز چپ که از گوشک دهلیز چپ منشأ گرفته است.

در پاتولوژی توده خارج شده، سلول‌های نئوپلاستیک خوش خیم با سلول‌های اقماری در یک استرومای شل و میگزوئید بدون آتیپی و میتوز مشاهده شد که مطرح‌کننده میگزوم بود. بیمار با حال عمومی خوب و بهبودی مرخص شد.

بحث

بیمار فوق با علایم سرشتی و غیر اختصاصی و ضایعات پوستی مراجعه کرده بود و برای وی تشخیص بیماری عفونی و روماتسیمی مطرح شد و باعث سردرگمی در تشخیص شده بود. میگزوم دهلیز چپ

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

اغلب سبب انسداد دریچه میترال و تقلید علایم بیماری روماتیسمی می‌شود. ولی میگزوم سمت راست که بسیار نادر است، علایم نارسایی قلب راست و علایم غیراختصاصی ایجاد می کند(۹،۴).

اکوترانس توراسیک در تشخیص و بررسی اندازه، محل و تحرک توده نقش دارد. اکو ترانس ازوفاژیال در بررسی دقیق میگزوم و تعیین منشاء دقیق توده، به‌خصوص گوشک دهلیز چپ که در اکوترانس توراسیک به خوبی دیده نمی‌شود نقش کلیدی دارد. اکو جهت بررسی توده‌های قلبی روش انتخابی می‌باشد. MRI و EBCT[1] اطلاعات اضافه‌تری درباره خصوصیات توده و مورفولوژی آن در اختیار قرار می‌دهد(۱۰،۱۱).

بیمار مورد مطالعه که به علت میگزوم دهلیز چپ در محل فوسا اوالیس دو سال قبل جراحی شده بود و نوع آن غیر فامیلی بود، به علت عود میگزوم در گوشک دهلیز چپ تحت درمان قرار گرفت. اغلب موارد میگزوم‌ها در دهلیز چپ و درصد کمتری در دهلیز راست و موارد بسیار نادر در بطن‌ها و سطح دریچه‌ها قرار دارند. میگزوم در گوشک دهلیز چپ بسیار نادر و تا به حال چند مورد گزارش شده است(۲، ۳). عود میگزوم در گوشک دهلیز چپ در موارد غیر فامیلی تا به حال دیده نشده است.

درمان انتخابی میگزوم برداشت جراحی تومور می‌باشد. مورتالیته جراحی صفر تا ۳ درصد می‌باشد. عود تومور در موارد اسپورادیک ۱ تا ۳ درصد است که اغلب به علت جراحی ناکامل برداشت تومور است. عود تومور در موارد فامیلیال ۱۲ درصد می‌باشد(۹).

عود تومور در محل دیگر مثل گوشک دهلیز چپ بسیار نادر می‌باشد و تا به‌حال گزارش نشده است. اکو یک روش اولیه، مهم و غیر تهاجمی برای تشخیص توده‌های قلبی می‌باشد. اکو قادر به تشخیص توده‌های بی‌علامت نیز می‌باشد. اکوترانس ازوفاژیال قادر به بررسی دقیق‌تر توده، به‌خصوص توده‌های دهلیزها، گوشک‌ها وتوده‌های روی دریچه‌های قلبی می‌باشد(۱۰،۱۱).

References

1. Burke A, Virmani R. Tumors of the Heart and creat Vessels Atlas of Tumor Pathology 3rd Series, Fascicle 16. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; I996.
2. Kuon E, Kreplin M, Weiss W, Dahm JB. The challenge presented by right atrial myxoma. Herz 2004; 29(7): 702-709.
3. Stajevic MS, Vukomanovic VA, Kuburovic VD, Djuricic SM. Early recurrent left atrial myxoma in a teenager with de novo mutation of Carney complex. Indian J Hum Genet 2011, 17(2): 108-110.
4. Grebenc ML, Rosado-de-Christenson ML, Green CE, Burke AP, Galvin JR. Cardiac myxoma: imaging features in83 patients. Radiographics 2002; 22(3): 673-689.
5. Acebo E, Val-Bernal JF, Gomez-Roman JJ, Revuelta JM. Clinicopathologic study and DNA analysis of 37cardiac myxomas: A 28-year experience. Chest 2003; 123(5): 1379-1385.
6. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. Medicine (Baltimore) 2001; 80(3): 159-172.
7. Mendoza CE, Rosado MF, Bernal L. The role of interleukin-6 in cases of cardiac Myxoma clinical features, immunologic abnormalities, and a possible role in recurrence. Tex Heart Inst J 2001; 28(1): 3-7.
8. Mochizuki Y, Okamura Y, Lida H, Mori H, Shimada K. Interleukin-6 and "complex"

1. Electron Beam Computed Tomography

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

cardiac myxoma. Ann Thorac Surg 1998; 66(3): 931-933.

9. Mittle S, Makaryus AN, Boutis L, Hartman A, Rosman D, Kort S. Right-sided Myxomas. J Am SOC Echocardiogr 2005; 18(6): 695.
10. Mahdhaoui A, Bourrauoi Amine MM, Mokhi M, Besma T, Hajri SE, Jeridi G, et al. The Atrial myxomas simulating a left atrial thrombus in the setting of mitral stenosis. Echocardiography 2004; 21(4): 333-336.
11. Turhan S, Kilickap M, Candemir B, Berkalp B, Eren NT, Akqun G. Three unusual myxomas originating from the left atrial appendage. J AM Soc Echocardiogr 2005; 18(6): 694.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]