

## گزارش یک مورد میگنوم دریچه میترال

رحمان غفاری<sup>۱</sup> افشین قلی پور برادری<sup>۲</sup>

## چکیده

تومورهای اولیه قلب شایع نمی‌باشد. با وجود اینکه میگنوم شایعترین تومور قلب بوده، میگنوم دریچه میترال فوق‌العاده نادر است. بیمار مورد نظر خانم ۵۵ ساله‌ای است که دچار دردهای غیر معمول رترواسترنال، آمبولی به عروق شبکیه و بدنبال آن کاهش دید شده بود. در اکوکاردیوگرافی از راه مری، یک توده به ابعاد (۳×۳×۴ سانتی‌متر) در لت خلفی دریچه میترال مشاهده گردید. لت خلفی برداشته شد و دریچه میترال با دریچه مصنوعی مکانیکال با موفقیت تعویض گردید. در بررسی هیستوپاتولوژیک توده، تشخیص میگنوم داده شد.

واژه‌های کلیدی: تومور قلب، میگنوم، دریچه میترال

## مقدمه

عمومی (Constitutional). میگنوم‌ها می‌توانند به داخل دهانه دریچه میترال در دهلیز چپ می‌توانند به داخل دهانه دریچه میترال پرولاپس یابند و بطور ناشایع سبب انسداد جریان خون دریچه دهلیزی-بطنی و یا نارسایی آن شوند. بنابراین علائم و نشانه‌های میگنوم اغلب بیماری دریچه میترال را تقلید می‌کند (۷). اکوکاردیوگرافی روش حساس و غیر تهاجمی برای تشخیص این تومور است (۸).

## شرح مورد

بیمار خانم ۵۵ ساله‌ای است که ۳ الی ۴ روز قبل از مراجعه دچار دردهای رترواسترنال و اپی‌گاستریک فشارنده و تیر کشنده به پشت و بازوی چپ شده بود. درد با فعالیت ارتباط نداشت، ۴ الی ۵ ساعت تداوم داشت و با تهوع، استفراغ و تعریق همراه نبود. بیمار دچار تاری دید شد و به علت مشکلات دید به چشم

میگنوم‌ها شایعترین تومور اولیه قلب هستند که حدود ۰/۵ مورد در هر یک میلیون نفر در سال رخ می‌دهند (۱-۳). اکثر میگنوم‌ها در دهلیز چپ (۷۵ تا ۸۰ درصد) بخصوص در فوسا اولیس و سپتوم بین دهلیزی قرار دارند (۵،۴). میگنوم‌های بطن راست نادر هستند و ۵۵ درصد کل میگنوم‌ها را شامل می‌شوند (۶). میگنوم دریچه میترال فوق‌العاده نادر است. میگنوم یا به صورت یک توده گرد و سفت و یا به شکل نامنظم و نرم و ژلاتینی رخ می‌دهد و به آندوکارد متصل است. سلول‌های تشکیل دهنده میگنوم سوزنی شکل (Spindle-Shape) هستند و در یک بافت زمینه‌ای غنی از موکوپلی ساکارید قرار دارند. میگنوم ممکن است حاوی کلسیم باشد که در این صورت در گرافی قابل رویت است. میگنوم‌ها به سه صورت تظاهر پیدا می‌کنند: وقایع آمبولیک، انسداد جریان خون و علائم

E-mail: gholipourafshin@yahoo.com

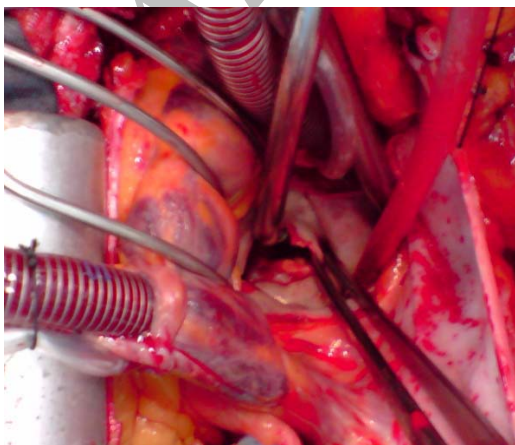
مؤلف مسئول: افشین قلی پور برادری - ساری: بلوار ارتش، مرکز آموزشی درمانی قلب مازندران، گروه بیهوشی

۱. گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۱۰/۶ تاریخ تصویب: ۸۹/۱۲/۴

با توجه به موارد فوق تصمیم به جراحی جهت رزکسیون توده گرفته شد و پس از آماده‌سازی، بیمار به اتاق عمل منتقل گردید. جهت بیهوشی بیمار پس از تعبیه کاتتر شریانی در محل شریان رادیال چپ و کاتتر ورید مرکزی در محل ورید جوگولار داخلی راست، اینداکشن با تزریق ۲۰۰ میکروگرم فتانیل و ۱۵ میلی‌گرم اتومیدیت داده شد و ۵ دقیقه پس از تزریق ۱۲ میلی‌گرم پانکرونیوم در شرایط همودینامیک کاملاً پایدار لوله‌گذاری تراشه انجام گردید. برای اکسیژون میگزوم وریدهای اجوف فوقانی و تحتانی بصورت جداگانه کانوله و بای پس قلبی-ریوی با هیپوترمی متوسط و سرد کردن موضعی برقرار شد. از راه آتریوتومی چپ، دهلیز چپ باز شد. لت خلفی تومورال دهلیز چپ برداشته شد. توده مورد نظر دچار نکروز انعقادی شده بود و بین لت خلفی و دیواره خلفی قلب بافت نکروتیک وجود داشت (تصویر شماره ۳). لت خلفی بطور کامل برداشته شد و چون دریچه میترال قابل ترمیم نبود، با یک دریچه مکانیکال ۲۹ میلی‌متری تعویض شد. در سایر قسمت‌های قلب اختلالی مشاهده نشد. هیستوپاتولوژی نمونه برداشته شده میگزوم را اثبات کرد. در اکوی بعد از عمل فونکسیون دریچه نرمال بود و توده‌ای مشاهده نشد و بیمار روز هفتم مرخص گردید.



تصویر شماره ۳: نمای دریچه میترال از سمت دهلیز چپ

پزشک مراجعه کرد که در بررسی‌های بعمل آمده آمبولی‌های ریز در عروق شبکه مشاهده شد. در تاریخچه سابقه بیماری خاصی نداشت. در معاینه فیزیکی سوفل دیاستولیک دو ششم در آپکس قلب شنیده شد، ضربان قلب ۹۲ ضربان در دقیقه و فشار خون ۱۳۰ بر روی ۸۰ میلی‌متر جیوه بود. تست‌های آزمایشگاهی، الکتروکاردیوگرافی و آنژیوگرافی کرونری بیمار نرمال بود. در اکوی ترانس توراسیک دو بعدی یک توده بزرگ در دهلیز چپ مشاهده گردید که با بررسی تکمیلی توسط اکوی ترانس ازوفازال ابعاد آن (۳×۳×۴ سانتی‌متر)، با کپسول مشخص، کلسیفیه، با پارِتیکل‌های متحرک متعدد و چسبیده به لت خلفی دریچه میترال گزارش شد (تصویر شماره ۱). توده سبب انسداد دریچه میترال و کاهش سطح دریچه به  $1/3 \text{ cm}^2$  شده بود (تصویر شماره ۲). دهلیز چپ بزرگ و فشار شریان ریوی حدود ۶۰ میلی‌متر جیوه بود.



تصویر شماره ۱: میگزوم دریچه میترال در اکوی ترانس ازوفازال



تصویر شماره ۲: انسداد دریچه میترال در اکوی ترانس ازوفازال

## بحث

در ۵۳ بیمار و در عرض یک دوره ۵۸ ساله ثبت کردند. هر چهار دریچه با احتمال برابر درگیر بودند. شایعترین نوع هیستولوژی، پاپیلری فیبروالاستوما (۷۷/۳ درصد) و بدنبال آن میگزوم (۹/۴ درصد) بود. Chakfe و همکاران (۱۱) ۲۱ مورد از میگزوم دریچه میترال را بررسی و گزارش کردند که آمبولی شایعترین عارضه است. تومورها از ۳ میلی‌متر تا ۷ سانتی‌متر با قطر متوسط ۲/۱۵ سانتی‌متر بودند. همه میگزوماهای دریچه میترال به علت احتمال بالقوه انسداد دهانه دریچه، دیلاتاسیون آنولوس، آمبولی یا به علت اختلالات ریتم، نیاز به برداشتن به روش جراحی دارند. در صورت امکان تکنیک جراحی ارجح، اکسیژیون تومور، بدون رزکسیون دریچه است. نارسایی دریچه میترال ناشی از اکسیژیون تومور می‌تواند بصورت اولیه با Patch یا با تعویض دریچه درمان شود. برای اجتناب از عود، میگزوماها باید بصورت کامل برداشته شوند. احتمال عود ۲ الی ۳ درصد تخمین زده می‌شود (۱۵). عود معمولاً با خارج‌سازی مجدد درمان می‌شود. خارج کردن اولیه ناکافی، کاشت تومور در زمان جراحی و کانون‌های متعدد تومور به عنوان علل عود پیشنهاد شده است. به علت احتمال عود، غربالگری با اکوکاردیوگرافی در پیگیری باید انجام شود.

## سپاسگزاری

از خانم دکتر رزیتا جلالیان و آقای دکتر فرشاد نقش وار که ما را در ارائه این گزارش یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

میگزوم دریچه میترال با ماهیت مشابه میگزوم دهلیز چپ تظاهر می‌کند (۹). وقتی دریچه میترال درگیر است میگزوم اغلب در طرف دهلیزی با درگیری برابر بین لتهای قدامی و خلفی دیده می‌شود (۹-۱۳). چنین تومورهایی باز شدن دریچه را محدود می‌کنند و سبب تنگی عملکردی میترال می‌شوند، که در این بیمار نیز تومور سبب تنگی دریچه شده بود.

تشخیص میگزوم معمولاً با اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک می‌باشد، با اینحال اکوکاردیوگرافی از راه مری سبب تشخیص دقیق، برآورد اندازه و محل دقیق، خصوصیات مورفولوژیک و محل اتصال تومور می‌شود. این وسیله تشخیصی همچنین اجازه برنامه‌ریزی قبل از عمل برای انتخاب روش ایده آل درمانی، مانند ترمیم یا تعویض دریچه را می‌دهد. قبل از ظهور اکوکاردیوگرافی، تشخیص تومورهای دریچه بصورت تصادفی و در اتوپسی داده می‌شد (۱۱).

میگزوماها با علائم انسداد همودینامیک، آمبولی یا علائم عمومی (Constitutional) تظاهر می‌کنند. اگرچه عموماً خوش‌خیم هستند، ممکن است به علت انسداد یا آمبولی در عرض چند سال بعد از شروع علائم سبب مرگ شوند. تومورهای دریچه میترال نسبت به تومورهای دریچه آنورت بیشتر سبب علائم نورولوژیک شدید یا مرگ ناگهانی می‌شوند. Puff و همکاران (۱۴) مرگ ناگهانی را در دو مورد از میگزوم دریچه دهلیزی - بطنی گزارش کردند. همچنین اختلال عملکرد حاد یا پیشرونده دریچه میترال می‌تواند در این بیماران رخ دهد. Edwards و همکاران ۵۶ تومور دریچه قلبی را

## References

- Allard MF, Taylor GP, Wilson JE, McManus BM. Primary cardiac tumors. In: Goldhaber SZ, Braunwald E, editors. Cardiopulmonary Diseases and Cardiac Tumors: Atlas of Heart Diseases. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Current Medicine. 1995; 151-152.
- Colucci WS, Schoen FJ. Primary tumors of the heart. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby

- P, editors. Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2001. PP 1807-1822.
3. MacGowan SW, Sidhu P, Aherne T, Luke D, Wood AE, Neligan MC, et al. Atrial myxoma: national incidence, diagnosis and surgical management. *Ir J Med Sci* 1993; 162(2): 223-226.
  4. Bjessmo S, Lvert T. Cardiac myxoma: 40 years' experience in 63 patients. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 697-700.
  5. Burke A, Virmani R. Tumors of the heart and great vessels. Atlas of Tumor Pathology Series 3. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1995.
  6. Bortolotti U, Mazzucco A, Valfer C, Valente M, Pennelli N, Gallucci V. Right ventricular myxoma: review of the literature and report of two patients. *Ann Thorac Surg* 1982; 33(3): 277-284.
  7. Kosar F, Erdil N, Gullu H, Sahin I, Nisanoglu V, Battaloglu B. A case of left atrial myxoma associated with atrial septal defect. *J Card Surg* 2005; 20(5): 475-477.
  8. Gosse P, Herpin D, Roudant R. Myxoma of the mitral valve diagnosed by echocardiography. *Am Heart J* 1986; 111(4): 804-806.
  9. Sandrasagra FA, Oliver WA, English TA. Myxoma of the mitral valve. *Br Heart J* 1979; 42(2): 221-223.
  10. Murphy DP, Glazier DB, Krause TJ. Mitral valve myxoma. *Ann Thorac Surg* 1997; 64(4): 1169-1170.
  11. Chakfe N, Kretz JG, Valentin P, Geny B, Petit H, Popescu S, et al. Clinical presentation and treatment options for mitral valve myxoma. *Ann Thorac Surg* 1997; 64(3): 872-877.
  12. Kulshrestha P, Rousou JA, Tighe DA. Mitral valve myxoma: a case report and brief review of the literature. *J Heart Valve Dis* 1995; 4(2): 196-198.
  13. Zamorano J, Vilacosta I, Almeria C, A San Roman F. Diagnosis of mitral myxoma by transesophageal echocardiography. *Eur Heart J* 1993; 14(6): 862-863.
  14. Puff M, Taff ML, Spitz WU, Eckert WG. Syncope and sudden death caused by mitral valve myxomas. *Am J Forensic Med Pathol* 1986; 7(1): 84-86.
  15. Shinfeld A, Katsumata T, Westaby S. Recurrent cardiac myxoma: seeding or multifocal disease? *Ann Thorac Surg* 1998; 66(1): 285-288.