

· 短篇 ·

## 右心房脂肪瘤合并右冠起源异常1例

文 智 王 征 郭 剑 伍长学\*  
德阳市人民医院心胸血管外科 (四川 德阳 618000)

第一作者: 文 智, 男, 主治医师, 主要研究方向: 心脏病的基因分子机制与临床。E-mail: 272061185@qq.com  
通讯作者: 伍长学, 男, 主任医师, 主要研究方向: 心脏病的基础与临床。E-mail: wcxfywjk888@163.com

【关键词】心房脂肪瘤; 冠状动脉起源异常; 心脏CTA  
【中图分类号】R543.5; R445  
【文献标识码】D  
DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.02.060

## Right Atrial Lipoma with Abnormal Origin of the Right Coronary Artery: One Case Report

WEN Zhi, WANG Zheng, GUO Jian, WU Chang-xue\*  
Department of Cardiothoracic and Vascular Surgery, Deyang People's Hospital, Deyang 618000, Sichuan Province, China

**Keywords:** Atrial Lipoma; Abnormal Origin of Coronary Arteries; Cardiac CTA

尸检研究中报道原发性心脏肿瘤的发病率为0.0017~0.28%<sup>[1]</sup>, 据报道心脏脂肪瘤的发生率为原发性心脏肿瘤的8.4%<sup>[2]</sup>, 最常见于心内膜下区域(约50%), 易位于右心房和左心室<sup>[3]</sup>。正常情况下, 左冠状动脉起源于左冠窦, 右冠状动脉起源于右冠窦, 除此之外的其他起源形态被称为冠状动脉起源异常, 发生率约为1%<sup>[4]</sup>。作者对2024年6月偶然发现的1例右心房巨大脂肪瘤合并右冠状动脉起源于左冠窦的CT影像表现及临床资料, 报道如下。

临床资料: 患者, 女, 52岁, 因“体检发现心脏占位2天”入院, 平时无胸痛、胸闷, 无头晕、头痛等。查体: 体温36.3°C, 脉搏60次/min, 血压96/68mmHg, 各瓣膜听诊区未闻及心脏杂音。超声心动图示: 右房内查见大小约48mm×33mm等回声团块, 形态较规则, 回声较均匀, 未见明显分叶, 与

右心房游离壁关系密切, 可见活动度, CDFI: 未见明显血流信号(图1A)。心脏CTA灌注成像检查示: 心脏增大, 右心房内见一低密度肿块影, 内密度较均匀, CT值约-114HU, 大小约6.0cm×4.1cm, 边界清楚, 增强扫描未见强化, 病灶与邻近右心房壁紧贴(图1B)。冠脉钙化积分0分, 右冠状动脉起源于左窦, 走行于升主动脉与右室流出道之间, 显示均衡型。左、右冠状动脉及分支管腔未见明显狭窄征象(图2A~2D)。心电图提示窦性心律, ST段未见异常。入院后全麻体外循环下行右心房占位切除术。肿瘤大小约5cm×6cm, 黄色, 质软, 包膜完整, 基底部附着于右心房前外侧游离壁, 附着处宽约3cm×4cm(图3A~3C)。术后组织病理学检查示: 瘤体由大量脂肪细胞构成, 诊断脂肪瘤(图3D)。



图1A 心脏彩超经心尖切面: 右房内查见大小约4.69cm×3.49cm等回声团块(红色箭头)。  
图1B 心脏CTA灌注成像检查示: 右心房内见一低密度肿块影, 内密度较均匀, CT值约-114HU, 大小约6.0cm×4.1cm, 边界清楚, 增强扫描未见强化, 病灶与邻近右心房壁宽基底紧贴(红色箭头)。

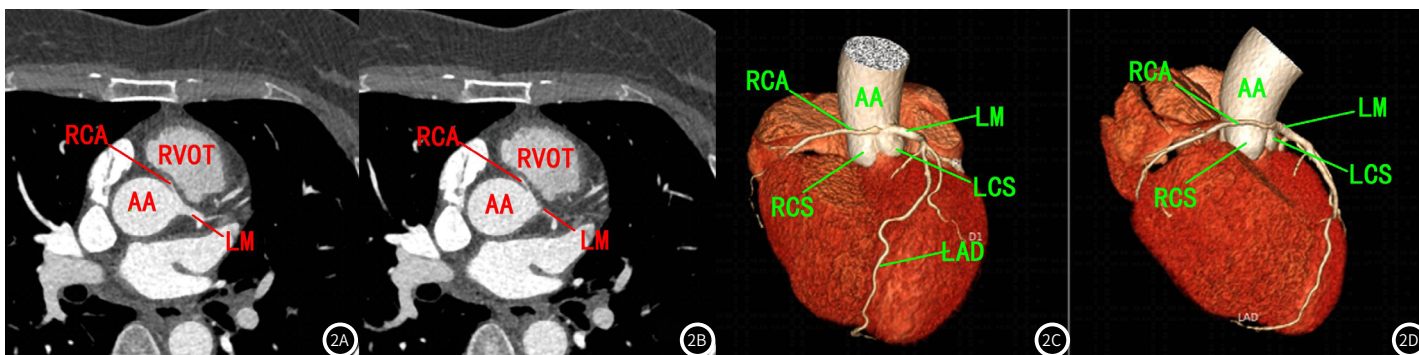


图2A~2B 冠脉CTA横断面图像：右冠状动脉起源于左窦，走行于升主动脉与右室流出道之间。图2C~2D：冠脉CTA三维图像：右冠状动脉起源于左窦，左、右冠状动脉及分支管腔未见明显狭窄征象。RCA：右冠状动脉；LM：左冠状动脉主干；AA：升主动脉；RVOT：右室流出道；RCS：右冠状动脉窦；LCS：左冠状动脉窦；LAD：左前降支。



图3A 肿瘤原位观：光滑、黄色、质软的肿瘤位于右心房。图3B 肿瘤离体观：光滑、黄色、质软的肿瘤，可见较宽的底部（红色五角星）。图3C 剖视肉眼观：内含脂肪组织，质地均匀。图3D HE染色：大量脂肪细胞（ $\times 10$ ）。

讨论：心脏脂肪瘤的临床表现因肿瘤的大小、位置和生长速度而异。由于瘤体较小，大多数患者可能无明显症状，往往在体检或尸检时偶然发现。然而，当瘤体较大或生长速度较快时，患者可能出现一系列症状，如胸痛、呼吸困难、心悸等<sup>[5]</sup>。这些症状可能与脂肪瘤压迫心脏或周围血管、神经有关。如果脂肪瘤位于心内膜下，脱落的瘤栓可能导致栓塞；位于心肌内则可能导致各种心律失常和晕厥；心外膜下的脂肪瘤可能会因为心包挤压冠状动脉而引发胸痛<sup>[6]</sup>。对于无症状且瘤体较小的患者，通常建议进行定期观察和随访，以监测肿瘤的生长情况和患者的症状变化。对于瘤体较大或引起明显症状的患者，应积极采取手术治疗。该患者右心房肿瘤体积大，切除后患者预后良好。

诊断冠状动脉起源异常的方法有多种。冠状动脉造影是金标准，可用于判断冠状动脉异常开口及分布情况，但在临床上，如果患者没有心肌缺血的临床表现，不会把冠状动脉造影作为必要的检查。CT血管成像作为无创检查在临床的排除性诊断中常常被选用，在本例患者选用心脏CTA灌注成像去进一步明确心房占位的性质和与周围组织的关系，偶然发现了冠脉开口异常，它可以制作三维图像，不但能显示冠脉本身，包括冠脉开口的清晰位置与解剖关系，而且能显示周围情况，比如病变的部位、范围以及程度。冠状动脉起源异常多为良性病变，一般不影响冠脉内血流，不会引起临床症状<sup>[7]</sup>，但一些恶性或潜在恶性的异常起源，可能会发生类似于心肌缺血甚至心源性猝死的风险。常见的包括冠状动脉起源于肺动脉导致心肌接受肺动脉的非氧合血从而发生供血供氧不足；冠状动脉起源于对侧窦（左冠状动脉起源于右窦或右冠状动脉起源于左窦）且走行于升主动脉与右室流出道之间，这种畸形下，急性拐角造成长期血液流动力学改变，出现畸形血管段动脉硬化，走行于升主动脉与右室流出道之间的冠脉段受大血管的挤压作用，冠脉内暂时血流中断，引起急性心绞痛、心肌梗塞、心律失常、运动性心源性晕厥、甚至猝死，尤其是左冠状

动脉起源于右窦最危险<sup>[8]</sup>。本例患者右冠状动脉起源于左窦且走行于升主动脉与右室流出道之间，但目前未出现心肌缺血的临床症状或异常心电图表现，对于这类无临床症状患者，多推荐药物保守治疗，但需长期随访，若出现心肌缺血或心律失常时应手术治疗。目前并无研究表明心房内脂肪瘤与右冠状动脉起源左冠状动脉窦发病机制具有相关性，本例患者两种病变同时出现多系偶然事件。

## 参考文献

- [1] Jayaprakash S. Clinical presentations, diagnosis, and management of arrhythmias associated with cardiac tumors [J]. J Arrhythm, 2018; 34 (4): 384-3.
- [2] Nishi H, Mitsuno M, Ryomoto M, et al. Giant cardiac lipoma in the ventricular septum involving the tricuspid valve [J]. Ann Thorac Surg, 2009, 88: 1337-9.
- [3] Rainer WG, Bailey DJ, Hollis HW Jr. Giant cardiac lipoma: Refined hypothesis proposes invagination from extracardiac to intracardiac sites [J]. Tex Heart Inst J, 2016; 43: 461-4.
- [4] Kurosu A, Kuroyanagi K, Yamauchi S, et al. Sudden death caused by anomalous origin of the coronary artery during exercise [J]. J Forensic Sci, 2016, 61 (2): 548-550.
- [5] Rnhold S, Elashry MI, Klymiuk MC, et al. Investigation of stemness and multipotency of equine adipose-derived mesenchymal stem cells (ASCs) from different fat sources in comparison with lipoma [J]. Stem Cell Res Ther, 2019, 10 (1): 309.
- [6] 吴晓琴, 杨新宇, 李旻, 等. 心脏脂肪瘤的临床诊治进展 [J]. 山东医药, 2018, 58 (44): 109-112.
- [7] 姜小坤, 肖燕燕, 李文秀, 等. 81 例左冠状动脉异常起源于肺动脉临床诊治分析 [J]. 心肺血管病杂志, 2020, 39 (5): 549-553.
- [8] Gräni C, Benz DC, Steffen DA, et al. Outcome in middle-aged individuals with anomalous origin of the coronary artery from the opposite sinus: a matched cohort study [J]. Eur Heart J, 2017, 38 (25): 2009-2016.

(收稿日期：2024-10-16)

(校对编辑：赵望淇)