

· 胸部疾病 ·

纵膈来源的心脏转移性恶性肿瘤治疗体会(附2例病例报告)

1. 贵州医科大学附属医院心脏外科 (贵州 贵阳 550004)

2. 贵州医科大学附属医院病理科 (贵州 贵阳 550004)

李学军¹ 李 珀² 胡选义¹ 吴观生¹ 杨思远¹ 陈黔苏¹ 彭万富¹ 江 添¹

【关键词】纵膈肿瘤; 心脏; 恶性肿瘤; 转移

【中图分类号】R654.2

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2016.01.010

心脏肿瘤无论良性或恶性均较少见。有文献报道^[1]尸体检查发现心脏肿瘤的发生率为0.01%~0.03%。其中恶性肿瘤约占1/4~1/3。转移性肿瘤的发生率比原发性肿瘤高出20~40倍。其中首位是来源于白血病(55.2%), 其次为肺癌(13.9%)、淋巴瘤(13.4%), 其它各种来源均不超过5%^[2]。纵膈来源的心脏转移性恶性肿瘤少见报道, 现将我院2013年至2015年收治的2例病例报告如下。

1 临床资料

病例1: 患者, 女性, 48岁, 因“胸闷、双上肢浮肿伴进行性加重2+周”入院。既往于3年前因“双侧结节性甲状腺肿并左侧癌变”行“甲状腺癌根治术”。术后病检示: (双侧) 结节性甲状腺肿, (左侧) 部分区域癌变为乳头状癌(部分高分化, 部分低分化)。查体: 颜面、颈部及双上肢水肿, 颈静脉怒张, 胸壁静脉曲张。心率120次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及明显杂音。下肢无水肿。胸部CT: 纵膈、上腔静脉、无名静脉及右心房内可见占位性病变。为缓解患者症状急诊在全麻低温体外循环下手术治疗, 术中见胸腺受上纵膈肿瘤侵犯肿块质地不均匀与心包有粘连, 右心房内同样性质肿块, 约7cm×4cm×3cm, 侵犯右房游离壁及上腔静脉; 上腔静脉腔内肿瘤组织阻塞血液回流缓慢。清除右心房内肿块并切除部分心房壁。上腔静脉及无名静脉内鱼肉样组织由于与血管壁粘连紧密仅可部分清除, 清除后其血流通畅度较前明显改善。自体心包片重建右心房壁。病理切片均示: (右

心房) 转移癌, 见乳头状结构, 细胞伴一定异型。(右心房壁) 见肿瘤累及(图1-4)。术后1天患者因多脏器功能衰竭死亡, 未行免疫组化。

病例2: 男性, 62岁, 因“反复咳嗽1年, 劳力性心悸2+月, 加重3天”急诊入院。查体: 颈静脉怒张, 心界无扩大, 心率75次/分, 律齐, 未闻及心脏杂音, 肝脏稍肿大, 轻度压痛叩击痛。下肢无水肿。心脏超声示: 右心房内团状回声, 心底部病变侵犯心房, 心包腔大量积液, 三尖瓣反流(轻度), 左室舒张功能减低。胸部增强CT: 纵膈占位, 侵犯右心房、上腔静脉、右肺动脉、右肺静脉, 多发淋巴结转移; 心包腔中量积液。急诊在全麻低温体外循环下手术治疗, 术中见右心房内肿块形状不规则、质脆, 侵犯右心房后壁、上腔静脉开口处, 右肺动脉壁亦有受累; 切开房间隔见右肺静脉口亦有肿瘤组织堵塞。因心底部组织受累严重, 行右房内、上腔静脉、右肺动静脉内肿块清除, 左右心房后壁及受累血管壁均部分残留肿瘤组织。探查上腔静脉、右肺动静脉血流均通畅。病理切片: (心脏) 转移癌, 纤维组织内见增生并挤压之深染异型细胞。免疫组化示: CK(+), TTF-1(+), Syn(+), CgA(+), CD56(+), Vimentin(-), NapsinA(-), CD20(-), CD30(-), CD3(-), CK5/6(-), TdT(-), WT-1(-), Ki67(+40-50%), D2-40(-)。结论: (心脏) 肺神经内分泌癌浸润(图5-11)。术后恢复尚可, 转肿瘤医院行放化疗。随访存活3月。

2 讨 论

恶性肿瘤转移至心脏主要通过3条途径：血行转移累及心脏；瘤组织转移到纵隔淋巴结，穿破被膜直接浸润到心脏；通过淋巴道转移至心脏。由于右心房直接与心包接触并缺少肌肉强有力的保护，同时血行转移又是肿瘤最常见的转移途径，所以右心系统较左心系统易发，尤其以右心房容易受累，并同时累及腔静脉者亦多见^[3]。本组患者病理报告均为心脏转移性恶性肿瘤，结合超声心动图、胸部CT等影像学资料及术中所见综合考虑均为纵膈肿瘤直接浸润累及心脏所致。

由于心血管构成了一个封闭的血液循环系统，不易受到外界有害物质的直接侵袭；心脏深藏在躯体核心位置，进入血液的有害物质在经过肝脏、脾脏和肾脏时不断得到解毒与净化处理，使致癌物质不易对心脏造成危害；心脏是人体血液循环的泵站，流经心脏的血液永不停息，使转移中的恶性肿瘤细胞不易在心脏中停留，上述因素均导致心脏原发及转移性肿瘤发病率均较低而不易引起临床医生的关注。

其次，心脏转移性肿瘤的临床表现与原发肿瘤的部位、性质、转移的速度及心脏受累的部位和范围有关，如出现心包积液可引起焦虑、出汗、呼吸困难、晕厥以致休克等症状；腔静脉淤血引起上腹部胀痛、呕吐、下肢水肿、上腔静脉综合征等；肺淤血引起呼

吸困难；动脉血压显著下降出现面色苍白或烦躁不安等。但上述表现均不具有特异性，不易早期发现且容易误诊^[4]。

所以，尽管10%~25%的晚期恶性肿瘤患者有心脏转移，但其临床诊断仍是比较困难的^[5]。临床上对恶性肿瘤病人尤其是白血病、肺癌、恶性淋巴瘤等，若伴有胸腔内、外广泛转移者，病程中突然发生不好解释的呼吸、循环征象，心音低钝或心律失常，超声心动图、胸部CT等检查心脏有改变者应高度怀疑心脏转移，应尽早确诊并予治疗。超声心动图若见肿瘤由心室壁、心房壁突入腔内，呈不规则状，无完整包膜或包膜不连续；内部回声不均、强弱不等；宽基底部附着并呈浸润性生长，与心肌或心外膜无法分清，基本固定不动；彩色多普勒超声显示肿瘤基底及内部可见动脉血流信号，考虑恶性肿瘤可能性大^[6]，这可能是我们判断心脏内占位性病变良恶性的最初手段。

虽然恶性肿瘤转移至心脏均已属远处转移，且呈浸润性生长，切除不可能完全。但心脏转移灶可能严重影响血流动力学，导致循环不稳定。其他器官若能耐受手术，通过手术切除或缩小心脏转移病灶仍可能延长患者生存时间，提高生存质量，为进一步联合治疗提供了机会^[7]。术后放疗及化疗对提高累及心脏的恶性肿瘤的疗效无明确效果，目前在这一问题尚存在争议^[8-9]。

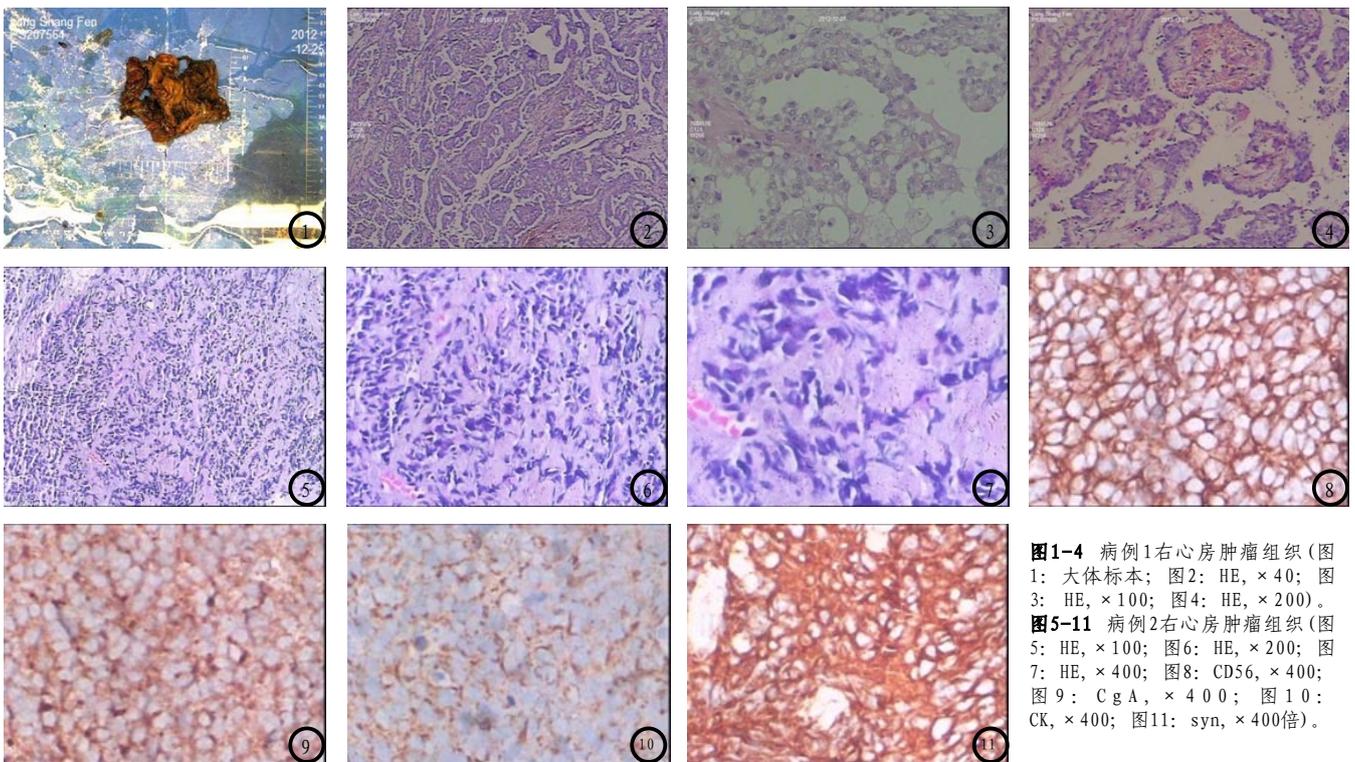


图1-4 病例1右心房肿瘤组织(图1:大体标本;图2:HE,×40;图3:HE,×100;图4:HE,×200)。图5-11 病例2右心房肿瘤组织(图5:HE,×100;图6:HE,×200;图7:HE,×400;图8:CD56,×400;图9:CgA,×400;图10:CK,×400;图11:syn,×400倍)。

参考文献

- [1] Fiscaro A, Slavich M, Agricola E, et al. Acute Pulmonary Edema Caused by a Giant Atrial Myxoma [J]. Case Reports in Medicine, 2013, 1(1): 1-3.
- [2] 宋一璇, 胡瑞德, 姚青松. 268例心脏、心包肿瘤的病理分析[J]. 中山大学学报(医学科学版). 2003, 24(3): 197-201, 2
- [3] 何学志, 庄熙鼎, 张庆华等. 右心房转移性恶性肿瘤1例[J]. 临床心血管病杂志, 2008, 24(10): 797
- [4] 宋士秋, 王圣, 李温斌等. 心脏原发性恶性肿瘤的诊断与治疗[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2009, 16(2): 90-93
- [5] Sarjeant JM, Butany J, Cusimano RJ. Cancer of the heart: epidemiology and management of primary tumors and metastases[J]. Am J Cardiovasc Drugs. 2003, 3(6), 407.
- [6] 田家玮, 刘宇杰, 苏雁欣等. 超声心动图在心脏少见肿瘤良恶性鉴别中的价值[J]. 中华超声影像学杂志. 2006, 15(4), 255-257
- [7] Bakaeen FG, Reardon MJ, Coseli JS, et al. Surgical outcome in 85 patients with primary cardiac tumors. Am J Surg, 2003, 186(6): 641-647
- [8] Llombart-Cussac A, Pivot X, Contesso G, et al. Adjuvant chemotherapy for primary cardiac sarcomas: the IGR experience. Br J Cancer, 1998, 78(12), 1624-1628.
- [9] 胡盛寿, 王小敏, 许建屏, 等. 心脏肿瘤外科治疗经验总结[J]. 中华医学杂志. 2006, 86(11): 766-770

【收稿日期】2016-01-18

(上接第 28 页)

1月后复查胃镜检查的有33例, 症状消失及食管粘膜恢复正常的30例, 有3例粘膜病变减轻, 再给予一个疗程的氟康唑后复查胃镜检查粘膜恢复正常。

2 讨 论

霉菌广泛存在于自然界, 也存在于正常人的口腔、上呼吸道和胃肠道等的粘膜上, 是条件性致病菌, 食管是消化道中最容易感染霉菌的部位^[3], 是否造成感染与其侵袭力和机体防御力有关。长期使用广谱抗生素或糖皮质激素、患恶性肿瘤、糖尿病及一些内分泌疾病、免疫力功能低下、缺陷状态或应用免疫抑制剂治疗的患者均可增加机体对真菌的易感性, 致真菌过度生长并侵犯食管等器官造成疾病^[4]。

霉菌性食管炎目前确诊的方法是胃镜检查并刷片检查有真菌菌丝和孢子, 胃镜检查的敏感性和特异性均较高。食管X线钡餐造影无明显特异性, 诊断价值低。霉菌性食管炎胃镜下诊断采用Kodis分级标准, 表现为白斑粘附以食管中下段为主, 较少累及齿状

线。需与反流性食管炎、疱疹性食管炎、细菌性食管炎及药物性食管炎等鉴别。

霉菌性食管炎治疗以制霉菌素应用最广, 治疗期间应注意药物的不良反应, 特别是肝功能损害^[5]。氟康唑疗效最好, 不良反应少。本组患者均服用制霉菌素或氟康唑, 疗效满意。药物治疗中应尽可能去除易感因素、消除诱因, 较少医源性因素, 增强免疫力, 将有助于增强疗效, 防止感染扩散和复发。

参考文献

- [1] 刘素琴, 何勤. 真菌性食管炎76例病原学分析[J]. 贵州医学, 2006, 30(8): 134.
- [2] 李益农, 陆星华. 消化内镜学[M]. 北京: 科学出版社, 1996. 150.
- [3] 潘永峰. 无食管症状霉菌性食管炎16例分析[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(2): 83.
- [4] 朱伟清, 苏慧, 陈芝兰. 霉菌性食管炎10年发病情况分析[J]. 当代医学, 2008, 14(5): 72.
- [5] 俞云松. 消化道念珠菌病[J]. 中国感染与化疗杂志, 2011, 11(2): 121-122.

【收稿日期】2016-01-04