

# 全腔镜下单侧入路双心房黏液瘤切除术 1 例

李景辉 赵 丰 姜 楠\* 陈彤云

(天津市胸科医院心脏外科, 天津 300222)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2020)05-0471-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2020.05.022

心脏肿瘤是一种少见疾病,分为原发性和继发性两大类,原发性心脏肿瘤较为少见,其中大部分为良性肿瘤。心脏黏液瘤是最常见的原发性良性心脏肿瘤,多发生于左心房,左右心房同时发生的黏液瘤极为罕见。腔镜下黏液瘤切除术已经较为成熟,但对双心房黏液瘤的全腔镜手术报道较少。本文报道全腔镜下单侧入路双心房黏液瘤切除术 1 例,从术前诊断评估、手术方案制定、手术要点体会等方面探讨该病的诊治。

## 1 临床资料

女,73 岁。因间断胸闷 1 周余于 2019 年 7 月 2 日入院。查体:体温 36.2℃,脉搏 86 次/min,呼吸 16 次/min。血压 132/68 mm Hg。心前区未触及震颤,叩诊心界不大,三尖瓣听诊区可闻及 II~III 级收缩期杂音。心电图示:窦性心律。胸部 X 线平片示:主动脉结突出,双肺纹理增粗(图 1)。胸部 CT 提示:双心房占位(图 2)。冠状动脉造影:前降支近端 40% 狭窄。经胸超声示:左心房、右心房内均可见中等回声团,质地疏松,均有蒂连于房间隔中部,左心房团块大小约 2.0 cm × 1.7 cm,随心搏活动度较小,右心房团块大小约 3.6 cm × 2.1 cm,随心搏活动度较大。二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣轻度反流(图 3)。术前六氟化硫增强超声提示:双心房占位乏血供(图 4,5)。

2019 年 7 月 5 日全腔镜下手术。静脉 + 吸入复合麻醉,双腔气管插管。左侧卧位,躯干右侧垫高 30°,右臂固定于头侧手架。食道超声再次评估:双心房肿物,蒂均附于房间隔,并三维重建评估其形态、大小、位置及周围毗邻(图 6~8)。经右股动静脉及右颈内静脉穿刺插管微创建立体外循环。左侧单肺通气。右乳线下缘,右锁骨中线与右腋前线之间第 4 肋间做主切口入右胸腔,约 3.5 cm。腔镜孔

位于第 4 肋间腋前线约 1.5 cm,辅助孔位于第 5 肋间腋中线约 1.5 cm。升主动脉预置荷包线,穿刺腔镜专用停跳液灌注针。辅助孔置入主动脉横窦钳阻断主动脉,HTK 停跳液顺行灌注保护心肌。套带法阻断上下腔静脉口。长柄尖刀和微创剪刀切开右心房,悬吊牵引线,可见右心房侧瘤蒂位于卵圆窝处,瘤蒂处以长柄圆刀配合微创镊子小心剔除右心房肿物(大小约 3 cm × 2 cm,果冻样,无明显包膜,易碎),置入腔镜标本取物袋,完整取出肿物(图 9)。切开房间隔,进入左心房,仔细探查,见左心房瘤蒂位于房间隔卵圆窝边缘,距右心房瘤蒂附着对侧点约 0.4 cm,左右心房肿瘤非同源。长柄圆刀仔细切除左心房肿物(大小约 2.5 cm × 1.5 cm,果冻样,无明显包膜,易碎,图 10),并切除双心房肿物蒂附着处房间隔组织,同右心房肿物法取出。反复冲洗后,取预先戊二醛固定好的自体心包补片修剪后,连续缝合修补房间隔缺损。取出双心房肿物标本完整(图 11)。手术过程顺利,手术时间 3.5 h,术中出血 110 ml。术后病理(图 12):左右心房肿物均为黏液粘液瘤,免疫组化:S100(-),Ki67(+ < 1%);特殊染色:PAS(-)。术后复查超声未见特殊异常。患者恢复顺利,术后 6 d 出院。术后 1、3 个月随访无肿瘤复发。

## 2 讨论

心脏黏液瘤在普通人群中患病率约为 0.0017%<sup>[1]</sup>,占整个心脏肿瘤 30%~40%,中年女性多见,黏液瘤约 75% 发生于左心房<sup>[2]</sup>,其次为右心房。左心房黏液瘤由卵圆孔生长入右心房<sup>[3]</sup>,双心房黏液瘤较为少见,约占 2.5%<sup>[1]</sup>。75% 的双心房黏液瘤为 2 个蒂附着于房间隔同一区域的相应两侧,呈哑铃型或蝴蝶型<sup>[4]</sup>,双心房黏液瘤不同蒂者非常罕见。

\* 通讯作者, E-mail: TJXKXWK2019@163.com

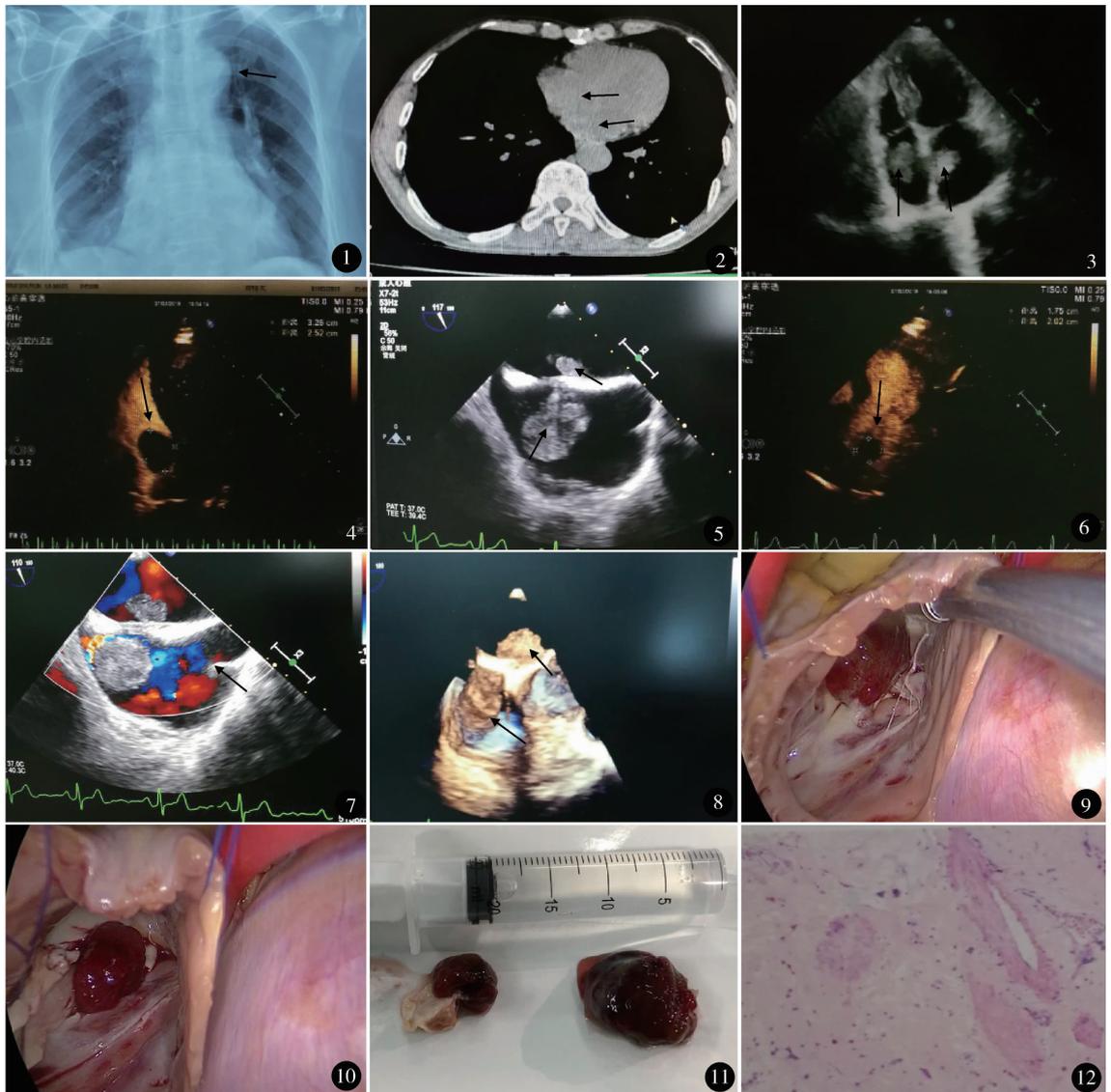


图 1 胸部 X 线平片示:主动脉结突出,双肺纹理增粗 图 2 胸部 CT 提示:双心房占位 图 3 经胸超声四腔心切面显示双心房肿物位置 图 4,5 六氟化硫增强超声提示:双心房占位乏血供 图 6 术中食道超声示双心房肿物大小及瘤蒂位置 图 7 术中食道超声示肿物未影响瓣膜启闭 图 8 术中食道超声三维成像直观显示双心房肿物形态 图 9 腔镜下右心房黏液瘤 图 10 腔镜下左心房黏液瘤 图 11 切除后的双心房黏液瘤标本 图 12 显微镜下见散在不规则形真性黏液瘤细胞成分和黏液瘤基质,细胞核呈卵圆形,未见有分裂,部分细胞生长密集,病理诊断双心房肿物均为黏液瘤(HE 染色 ×100)

心脏黏液瘤虽为良性肿瘤,但在心腔生长可引起血流梗阻、心脏瓣膜功能障碍、肿瘤脱落栓塞、心脏功能不全,甚至发生感染等,严重可致命<sup>[5]</sup>。双心房黏液瘤若发生肿瘤脱落可能会导致左右心系统均发生栓塞。手术切除是黏液瘤唯一有效的治疗方案,传统黏液瘤的治疗方式为正中开胸切除术。全腔镜下手术治疗黏液瘤相比传统正中开胸手术,具有创伤小、不破坏胸骨完整性、出血少、术后恢复快等优点,自 2007 年以来在国内发展迅速<sup>[6-8]</sup>。目前,文献报道大多为腔镜手术治疗单侧心房黏液瘤的经验,胸腔镜手术治疗双心房黏液瘤的技术经验

报道较少。

结合此例我们对双心房黏液瘤的治疗体会如下。①术前胸部 CT 评估肺功能及右胸腔有无粘连,经胸超声充分评估双侧肿瘤大小、瘤蒂位置、与左右心房重要解剖结构关系,术中食道超声再次详细评估肿瘤特征。上述评估对指导手术入路及具体手术方案制定非常重要。②微创建立体外循环时,注意经右颈内静脉的上腔静脉引流管及由右股静脉置入的下腔静脉引流管不可进入右心房,避免导致右心房肿瘤碎裂脱落引发肺栓塞<sup>[9]</sup>。③双侧心房 (下转第 477 页)

## (上接第 472 页)

黏液瘤经超声及 CT 充分评估,完全可以全腹腔镜单侧入路完成。若术前评估右心房肿瘤明显大于左心房肿瘤,可经右心房-房间隔单侧入路,先切除右心房黏液瘤,再由房间隔进入左心房,切除左心房黏液瘤。若左心房肿瘤大于右心房肿瘤,可选择经房间沟-房间隔单侧入路。均需保证房间隔切口可以完整取出对侧心房肿瘤。另外,腔镜下仔细操作配合腔镜标本取物袋使用,可保证瘤体完整取出避免发生术中碎裂脱落。房间隔双侧蒂附着处组织完全切除,自体心包或佰仁思补片缝合修补房间隔,预防术后远期复发。

综上所述,双心房黏液瘤术前 CT、超声尤其食道超声评估至关重要,依据术前评估黏液瘤位置和大小选择不同的单侧心房入路,进一步提高手术的易行性和安全性。

## 参考文献

1 Azari A, Moravvej Z, Chamanian S, et al. An unusual biatrial cardiac myxoma in a young patient. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*, 2015,48(1):67-69.

2 Flint N, Siegel RJ, Bannykh S, et al. Bi-atrial cardiac myxoma with glandular differentiation: a case report with detailed radiologic-pathologic correlation. *Eur Heart J Case Rep*,2018,2(2):yty045.

3 Gonzalez-Ferrer JJ, Carnero M, Labayru VL, et al. Left atrial myxoma prolapsing through the foramen ovale. *Eur J Echocardiogr*, 2008,9(4):595-597.

4 Li Y, Li X, Wang X, et al. Biatrial myxoma floating like a butterfly: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*, 2018,97(3):e9558.

5 Liu D, Dong R. Clinical manifestation and surgical treatment analysis of five cases with biatrial myxoma. *Int J Cardiol*,2017,228:309-312.

6 盛守寅. 完全胸腔镜与正中开胸治疗心脏粘液瘤的临床效果对比. *临床医药文献电子杂志*,2018,5(84):57.

7 徐学增. 全胸腔镜下心房黏液瘤摘除术 44 例. *中华胸心血管外科杂志*,2012,28(4):205-206.

8 Deng L, Zhang GW, Liu ZH, et al. Totally thoracoscopic surgery for atrial myxomas resection and atrial septal defect repair. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*,2017,21(3):569-575.

9 Hanly J, de Buitleir M, Shaw K, et al. Bi-atrial myxomas presenting as recurrent pulmonary emboli in a girl. *Postgrad Med J*,1984,60(700):147-150.

(收稿日期:2019-11-17)

(修回日期:2020-02-20)

(责任编辑:李贺琼)