·病例报道·

# 原发性心脏横纹肌肉瘤一例

黎昌华，陈伟，王健，王学全，丁仕义，李长英，徐琼

【中图分类号】R814.42；R732.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0212-01

原发性心脏横纹肌肉瘤在临床上极少见[1]。笔者于西南医院收治 1 例原发性心脏横纹肌肉瘤病例，资料较为完整，现报告如下。

**病例资料** 患者，男，34 岁。于 2004 年 10 月 5 日无任何诱因出现胸前区疼痛，心悸气促，无畏寒、发热、咳嗽、咳痰、咯血，无双下肢水肿；口服“丹参片”后心悸气促无明显好转，2004 年 11 月 24 日收治入院。

体检：皮肤无黄染、皮疹、瘀斑及出血点，未见肝掌及蜘蛛痣。全身浅表淋巴结未扪及肿大。颈动脉搏动正常，颈浅静脉扩张。体温 37℃、脉搏 84 次/分、呼吸 20 次/分、血压 116/70 mmHg。胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及 2/6 级收缩期杂音，第二心音减弱。心电图示窦性心律、右室大、ST-T 改变。

采用 Siemens Sensation 16 排螺旋 CT 机打描，CT 示右心室内一类圆形软组织密度影，大小约 6.1 cm×5.5 cm×3.3 cm（图 1）；增强为不均匀强化，与室间隔分界清楚，与右室前壁及心尖分界不清（图 2）。CT 诊断：右心室良性占位，建议临床进一步检查。

超声心动图：右室扩大，右室内实质性包块，良性肿瘤可能性大。

术中所见：心脏增大，纵形切开右房，牵开三尖瓣，探查见右室内一血栓样新生物，约 6.0 cm×5.0 cm×4.0 cm，其基部侵及右室前壁、心尖部和室间隔肌部。取部分瘤体行快速冰冻切片，示右心室恶性肿瘤。

术后病理：肉眼见送检灰白、灰褐色碎组织，体积 5 cm×5 cm×2 cm。镜检：送检肿瘤取材见瘤组织，瘤细胞呈多边形，胞浆丰富，嗜酸性，部分空泡状，核圆形、卵圆形，深染，有异型性，可见核分裂像，瘤细胞呈片状排列，并见大片坏死（图 3）。

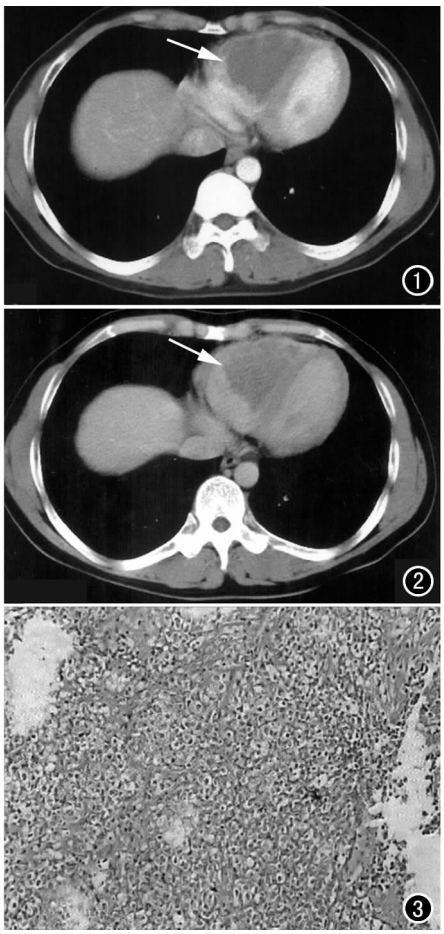

**图 1** CT 增强早期示右心室内一三角形软组织密度影（箭）。 **图 2** CT 增强晚期示病灶呈不均匀强化，与室间隔分界清楚，与右室前壁及心尖分界不清（箭）。 **图 3** 病理片光镜下示瘤细胞呈多边形，胞浆丰富，嗜酸性，部分空泡状，核圆形、卵圆形，深染，有异型性，可见核分裂像，瘤细胞呈片状排列，并见大片坏死（×200，HE）。

免疫组化染色：CK 阴性，Vim 阳性，Myoglobin 阳性，Des 弱阳性，S-100 阴性，LCA 阴性，MC 阴性，CD34 瘤细胞阴性。病理诊断：（右心室）软组织肉瘤（横纹肌肉瘤）。

**讨论** 原发于心脏的肿瘤少见，多数为良性，恶性约占 1/4[2]。肉瘤罕见，Each 于 1949 年综述 422 例原发性心脏及心包肿瘤中仅 8 例为横纹肌肉瘤，占 0.02%。原发性心脏横纹肌肉瘤分为多形型、腺泡型和胚胎型 3 种病理类型。肿瘤在心脏内的任何部位均可发生。发病年龄多在 30～40 岁[3]。男女发病率大致相当。临床症状依肿瘤生长的部位与大小及心脏内梗阻的情况而表现不一，多表现为心衰症状，胸部隐痛，低热，可进行性发展为顽固性心律失常，晕厥、心包积液，甚至心包填塞。本病有时以转移为首发表现，可向肺、骨骼、肝、肾及脾转移[1,2]。原发性心脏横纹肌肉瘤对放、化疗均不敏感，绝大多数病人的生存期不超过一年[1]。

CT 可提供准确的解剖定位，推测组织学来源；并可显示转移瘤情况。由于心脏恶性肿瘤较为少见，其影像学表现的经验不多，需在今后的工作中不断的积累和总结。本病的最后确诊仍依赖于组织学证实。

**参考文献：**

[1] 李小波，单根法，张辅贤，等. 原发性心脏横纹肌肉瘤一例报道与文献复习[J]. 上海第二医科大学学报，2001，21(3)：275-276.

[2] 徐敏，于金明，李建彬. 心脏横纹肌肉瘤一例误诊[J]. 临床误诊误治，2000，13(5)：368.

[3] 张珍华，陈韧. 原发性心脏横纹肉瘤一例[J]. 中华肿瘤杂志，1995，17(3)：238.

（收稿日期：2005-05-17 修回日期：2005-07-22）

**作者单位**：441003 湖北，中国人民解放军 477 医院影像科（黎昌华）；400038 重庆，第三军区大学西南医院放射科（陈伟、王健、王学全、丁仕义）；614100 四川，解放军 42 中心医院放射科（李长英）；735200 甘肃，王门油田医院（徐琼）

**作者简介**：黎昌华（1968－），男，江西奉新人，主治医师，主要从事呼吸系统及消化系统影像学诊断工作。