·病例报道·

右心房浸润性脂肪瘤一例

胡兴荣，王开权，李祚雯，张家权

【中图分类号】R814.41；R814.42；R445.2；R732.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)06-0704-02

病例资料 患者，女，61 岁，活动后心慌、气促 10 d。10 d 前因体力劳动后出现心慌、气促，休息时可缓解。体检：T 36.4℃，P 124 次/分，R 18 次/分，BP 125/80 mmHg。两肺呼吸音清楚，未闻及干湿性啰音。心界稍扩大，心率 124 次/分，律齐，心音有力，未闻及杂音，颈静脉无怒张。心电图提示房性心动过速，异位心律，心房扑动，AV 2:1～3:1 下传，电轴无偏。胸部 X 线正位片示心影增大，向右下明显，心胸比率 0.65；彩超示房间隔、右心房顶及右房外侧壁明显增厚(图 1)，房间隔厚约 3.0 cm，右房外侧壁厚约 3.9 cm，右房顶部厚约 4.0 cm，内回声不均匀，可见稍强回声及稍低回声区，上腔静脉受压；室间隔及左室后壁厚度正常，室壁运动未见明显异常，心内结构连续无中断，心包未见积液。CDFI 示上腔静脉血流速度加快，流速 1.1 m/s，主动脉瓣口流速 1.0 m/s，肺动脉瓣口流速 0.9 m/s，三间瓣口右房侧收缩期可见反流信号及揣流频谱，PFV 2.5 m/s，余瓣口未见明显反流信号。胸部 CT 示两肺未见明显实质性病变，右心房壁增厚(图 2)，边缘较光整，厚薄不均匀的低密度影，呈脂肪密度，CT 值达－148 HU，纵隔内未见肿大淋巴结。心脏 MRI 扫描示房间隔、右心房顶壁及外侧壁明显增厚，右心房明显受压、变形、变窄，房壁最厚达 5～6 cm，向上延伸部分包绕主动脉根部，其厚薄不均，信号大致均匀，T_1WI 呈高信号，T_2WI 呈中等稍高信号，真稳态进动快速成像序列(FIESTA)呈低信号(图 3～5)。确诊后，在内科给予美托洛尔控制心率，阿司匹林及低分子肝素抗凝治疗，患者休息时无心慌、气促。复查心电图仍为房性心动过速，AV 2:1～3:1 下传。患者在外院已行手术治疗，术中打开心包即见一巨大肿物，位于右心房顶、侧壁及房间隔，并累及部分左心房壁，包膜较完整，为心肌组织来源，因范围大、浸润心肌较深，无法完整切除，只作了局部肿物(瘤体的心外膜部分)切除。术后镜下见大量正常排列形态规则的脂肪细胞，周围有较薄的纤维结缔组织包膜，病理诊断为(右心房壁)脂肪瘤。术后患者恢复尚可，活动后心慌、气促明显改善，但仍存心律失常，房性心动过速，通过药物控制，生活正常。

讨论 心脏脂肪瘤包括孤立性脂肪瘤和浸润性脂肪瘤，是一种少见的原发性心脏良性肿瘤。国外一组 533 例原发性心脏及心包肿瘤中，脂肪瘤是仅次于粘液瘤的良性肿瘤，占 8.4%[1]。在阜外心血管病医院收治的 384 例心脏及心包原发性肿瘤中，脂肪瘤占 2.34%[2]。心脏脂肪瘤可发生于任何年龄和性别，肿瘤生长缓慢，病程长，出现症状较晚，且出现压塞征不明显，多数患者因引起顽固性心律失常而就诊。

心脏脂肪瘤的发病率低且临床和实验室检查缺乏特异性，其诊断较困难。但影像学检查对于心脏脂肪瘤的正确诊断及指导治疗有着重要意义，包括 X 线片、超声心动图、MRI 及 MSCT 等。X 线片作为影像检查的基础，可评价心脏的大小，形态、轮廓与肺血情况，但对心腔内的肿瘤则容易漏诊或误诊。超声心动图检查对于心内膜下及心肌内脂肪瘤突入心腔内部分能够很好的显示，同时能较好评价心功能，但较难区分脂肪

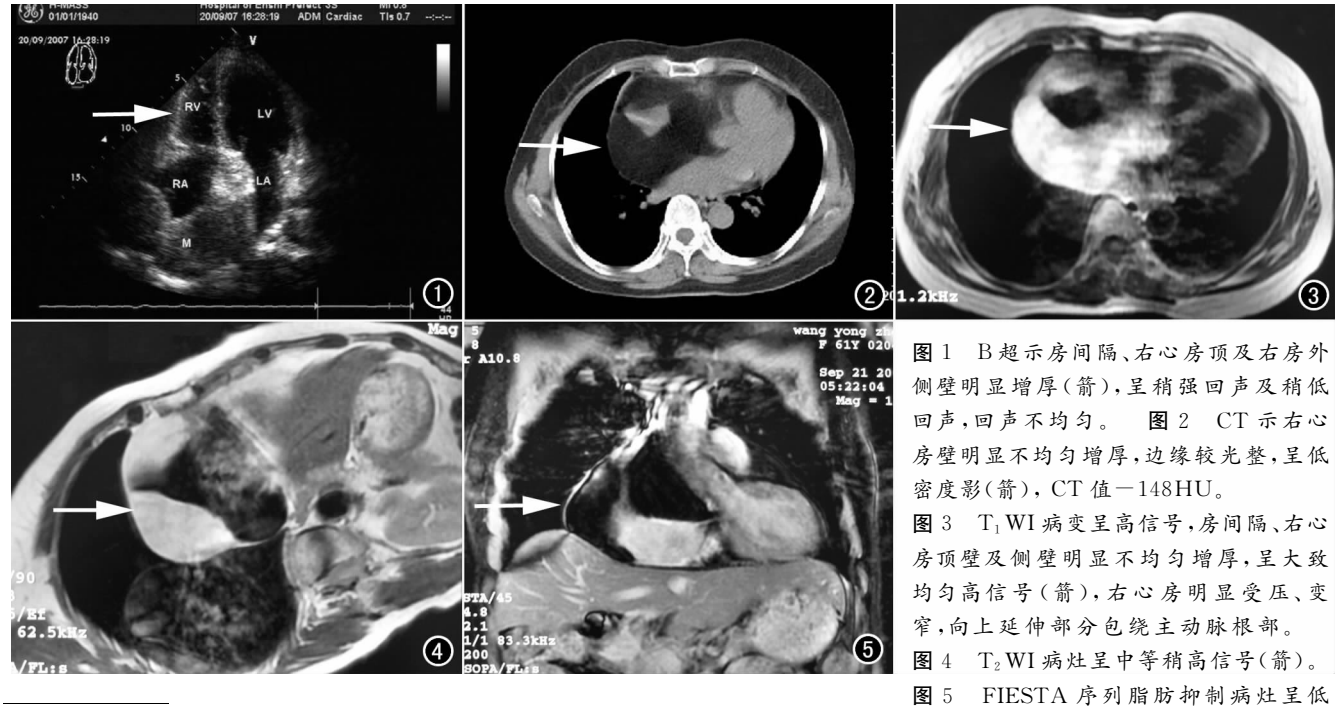

图 1 B 超示房间隔、右心房顶及右房外侧壁明显增厚(箭)，呈稍强回声及稍低回声，回声不均匀。 **图 2** CT 示右心房壁明显不均匀增厚，边缘较光整，呈低密度影(箭)，CT 值－148HU。

图 3 T_1WI 病变呈高信号，房间隔、右心房顶壁及侧壁明显不均匀增厚，呈大致均匀高信号(箭)，右心房明显受压、变窄，向上延伸部分包绕主动脉根部。

图 4 T_2WI 病灶呈中等稍高信号(箭)。

图 5 FIESTA 序列脂肪抑制病灶呈低信号(箭)。

作者单位：445000 湖北，恩施自治州中心医院
作者简介：胡兴荣(1975－)，男，湖北利川人，副主任医师，主要从事 CT 及 MRI 诊断工作。

瘤与正常心肌的界限，包括脂肪瘤的外缘界限亦无法显示清楚。MRI 可以清楚的显示脂肪瘤的大小、位置、形态及其与周围组织特别是心肌组织的关系，同时结合 Fiesta Cine 电影扫描还可以显示脂肪瘤的运动情况，并评价心脏功能，而且脂肪瘤在 MRI 成像表现上具有特征性，T_1WI 高信号，T_2WI 中等偏高信号，脂肪抑制序列肿瘤信号明显减低。MSCT 也能够像 MRI 一样较好显示脂肪瘤的形态、结构及其与周围组织的关系，测量 CT 值为典型均匀脂肪密度即可以明确诊断。本例患者既行 CT、MRI 检查，又行彩色多普勒超声检查，具有典型的 CT 及 MRI 表现，诊断明确，属浸润性脂肪瘤。累及范围广，包括右心房顶、侧壁及房间隔，并累及部分左心房壁，为心肌组织来源，与手术所见相一致。

心脏原发肿瘤的治疗主要是手术切除，但外科治疗时应避免大范围的瘤体切除和浸润心肌切除而引起心脏穿孔等，因此，手术完整切除不易，术后可以复发。心律失常可以得到缓解。

总之，心脏脂肪瘤，临床表现无特异性，影像学检查对肿瘤的诊断具有重要的意义，尤以 MRI 和 MSCT 最具诊断价值。手术治疗是最重要的治疗手段。

参考文献：

[1] Becker AE. Tumors of the heart and pericardium. In: Fletcher CDM ed. Diagnostic histopathology of tumors[M]. Edinburgh-Hong Kong: Churchill Living Stone, 1995. 22-25.

[2] 王红月，宋来凤，阮英茆. 心脏脂肪瘤的临床病理特点[J]. 临床与实验病理学杂志，2002，18(1)：43-45.

（收稿日期：2009-06-08）

第十届全国磁共振学术大会征文通知

“中华医学会放射学分会第十届全国磁共振学术大会(CSMRM10)”定于 2010 年 09 月 13～16 日在新疆乌鲁木齐市召开，大会邀请国内外著名医学影像学专家作专题学术讲座，并进行疑难病例讨论；本次会议将充分展示磁共振领域的前沿知识和最新学术动态。我们将努力工作，使本次会议办成融学术交流、继续教育和新技术、新产品展示为一体的磁共振学术盛会。欢迎广大从事磁共振和医学影像学专业的诊断和技术人员踊跃投稿、积极参与。

一、征文内容

凡未在正式出版物上公开发表的有关磁共振成像诊断和介入治疗、功能成像研究、分子影像学基础研究和临床研究论文、发展趋势。

二、征文要求

1、应征论文必须具有科学性、先进性、实用性、重点突出。来稿均要求采用 A4 纸小 4 号字 word 格式打印并附光盘，请自留底稿。

2、论著类论文字数每篇限 3000 字以内，附 800 字左右的中文摘要(包括目的、方法、结果、结论四要素)。

3、其他稿件字数每篇 1500 字以内；欢迎同时投寄英文和摘要。

4、来稿请注明磁共振会议征文，作者姓名、单位、邮编、电话和 E—mail 地址。

三、会议形式

专家讲座、大会交流、病例讨论。

四、截稿日期

2010 年 7 月 31 日

五、来稿请寄

830054　新疆医科大学第一附属医院影像中心　古丽娜

联系电话：0991—4362876 4365112 15292866310

电子邮箱：xinjiang2010mr@163.com gulnaz111280@sina.com

六、回执请寄

830054　新疆医科大学第一附属医院数字减影室　李文华

联系电话：0991—4362616 4362859 13899809187

电子邮箱：xinjiangdsa@163.com

（中华医学会放射学分会）