

• 病例报道 •

右心房原发非霍奇金淋巴瘤一例

文智, 刘慧, 薛杨, 谭程, 孙小康

【关键词】 心房; 淋巴瘤; 超声检查, 多普勒, 彩色; 磁共振成像

【中图分类号】 R322.11; R730.263; R733; R445.1; R445.2 【文献标识码】 D

【文章编号】 1000-0313(2020)10-1353-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2020.10.029

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

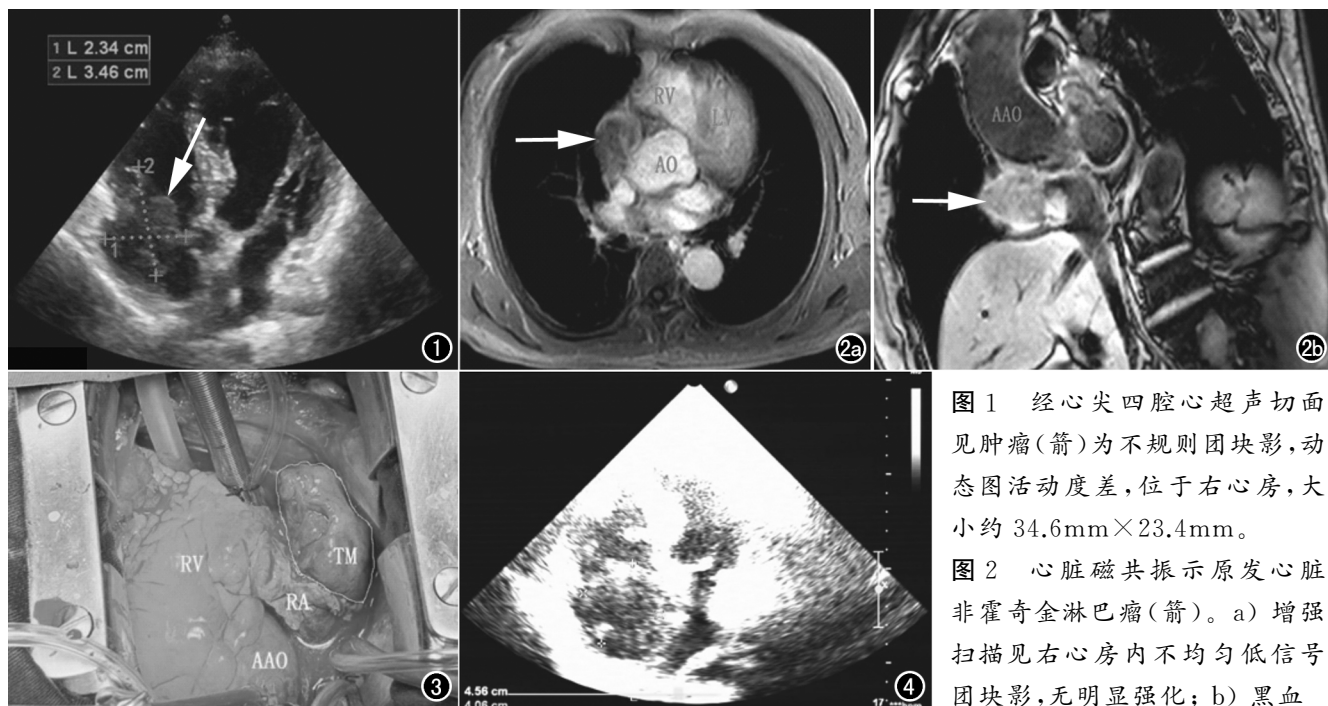


图1 经心尖四腔心超声切面见肿瘤(箭)为不规则团块影,动态图活动度差,位于右心房,大小约 34.6mm×23.4mm。

图2 心脏磁共振示原发性心脏非霍奇金淋巴瘤(箭)。a) 增强扫描见右心房内不均匀低信号团块影,无明显强化; b) 黑血

序列见右心房内高信号团块影,点状强化。RV: 右心室; LV: 左心室; AO: 主动脉; AAO: 升主动脉。

图3 手术见表面分叶状肿块几乎充满右心房腔,肿瘤基底侵犯右房后壁、窦房结区、上腔静脉入口内侧 2/3 周,前外侧壁未受浸润(白色曲线勾描出肿瘤轮廓)。TM: 肿瘤; RV: 右心室; RA: 右心房; AAO: 升主动脉。

图4 随访第 7 个月,经心尖四腔心切面心脏彩超查见右心房内大小 45.6mm×34.6mm 弱回声不规则团块附着于房间隔上,基底较宽,团块延续至上腔静脉汇入右心房处。

病例资料 男,73 岁,因双下肢膝关节以下凹陷性水肿 3 d 入院,既往高血压、糖尿病史。颈外静脉无怒张,心律不齐,偶发早搏 3~4 次/min。血常规: Hb144 g/L, WBC $5.37 \times 10^9/L$, 血小板 $220 \times 10^9/L$; 肝功能: 乳酸脱氢酶 782 U/L, 67 U/L, ALT 57 U/L, γ -谷氨酰转肽酶 53 U/L, 总蛋白 77.2 g/L, 白蛋白 50.3 g/L; 肾功能: 尿素氮 5.63 mmol/L, 肌酐

71.3 $\mu\text{mol/L}$, 动态心电图窦性心律, 平均心率 87 次/分, 室性早搏 5368 次/分(4%); 心脏彩超(图 1): 右房内探及大小 34.6 mm×23.4 mm 稍强回声团块, 活动度较小, 附着于右房顶及右侧壁。心脏增强 MRI(图 2a): 右心房内充盈缺损, 与右前侧壁及后壁相连, 大小约 3.2 cm×5.0 cm, 未见明显强化, 黑血电影序列(图 2b)见病灶轻度活动, 病灶内斑点状延迟强化。手术探查见(图 3)右房内大小约 3 cm×5 cm 肿瘤, 表面光滑, 瘤体分叶, 基底部宽, 活动度小。肿瘤基底侵犯右房后壁、窦房结区、上腔静脉入口内侧 2/3 周并致上腔静脉血流受阻, 受侵心肌组织明显增厚水肿, 分界不

作者单位: 618000 四川, 德阳市人民医院心胸外科 (文智, 薛杨, 谭程, 孙小康); 超声科 (刘慧)

作者简介: 文智(1987-), 男, 四川南充人, 硕士研究生, 主治医师, 主要从事心脏外科病变的微创调控。

通讯作者: 孙小康, E-mail: 990431236@qq.com

清。三尖瓣复合体、冠状窦口及下腔静脉未受侵。肿瘤 HE 红染色切片为右心房肿瘤病变, 基底部组织病检心肌组织内见肿瘤细胞浸润。免疫组化: CD3(-)、CD5(-)、CD20(+)、CD79α(+)、CD10(-)、CD23(-)、CD21(-)、CD99(-)、Bcl-2(+)、Bcl-6(-)、MUM1(+)、CK(-)、EMA(-)、Vimentin(+)、LCA(+)、CD34(-)、P53(+)、C-myc(+)、K-67 指数 90%, 倾向于非霍奇金淋巴瘤。

患者术后 1 周下肢水肿逐渐减轻, 术后未放化疗, 随访第 7 个月时患者出现颜面部水肿, 无双下肢水肿或腹胀, 复查心脏彩超(图 4)右心房内查见大小 45.6 mm×34.6 mm 弱回声不规则团块附着于房间隔上, 基底较宽, 团块延续至上腔静脉汇入右心房处, 考虑肿瘤复发。

讨论 原发性心脏淋巴瘤(primary cardiac lymphoma, PCL)是指仅原发心脏或(和)心包淋巴瘤, 极为罕见, 统计表明仅占原发心脏肿瘤 0.38%, 占结外淋巴瘤 0.5%^[1]。PCL 可发生于心脏任何部位, 但主要位于右心系统, 最常见于右心房^[2]。研究表明该疾病大多数患者出现非特异性症状如呼吸困难、水肿、胸痛或心悸、难治性心包积液^[3]。此外, PCL 还与心律失常、心脏阻滞或心绞痛有关。本例患者术前双下肢水肿, 可能继发有右心功能不全。心电图上 40% 患者表现有房室传导阻滞, 心房颤动、ST-T 段改变、右束支传导阻滞分别达 20%, 窦性心律失常、心室颤动等其他异常心律占少数^[4]。因此, 本患者心电图呈现偶发室性早搏不排除与该肿瘤相关。

多种检查心脏成像技术有助于评估心脏肿瘤位置、大小和特征。经食管超声心动图能够更好地描述肿瘤与心房、心耳和上腔静脉关系, 在诊断心脏肿瘤方面优于经胸腔超声心动图^[5]。心脏增强磁共振成像可检测肿瘤位置、形态、血供及与周围组织关系, 对肿瘤定位定性及对外科手术指导性优于心脏彩超。胡兴荣^[6]报道 1 例右心房浸润性脂肪瘤病例, 术前通过磁共振信号初步定性与术后细胞学病理检查一致, 磁共振检查对心脏淋巴瘤敏感性>90%^[7]。磁共振原发性心脏淋巴瘤需与原发性心脏血管肉瘤相鉴别两者心脏

核磁共振成像平扫和首过灌注表现相似, 但前者延迟扫描不强化, 后者明显强化^[8]。

心脏原发非霍奇金淋巴瘤预后极差。Gordon^[2]对 1990 年至 2015 年 94 例心脏原发 NHL 病例分析, 所有患者中位存活率仅为 3 个月, 其中接受化疗中位生存期达 18 个月。存在以下 4 个因素^[9]提示预后极差: 免疫缺陷、心外疾病、病变累及左室和无心律失常。前 3 个因素容易理解, 心律失常患者生存期长于心律正常患者, 可能由于心律失常患者症状出现更早, 促使患者早检查、早治疗。

原发心脏非霍奇金淋巴瘤是一种极为罕见的瘤, 预后极差, 心脏彩超及心脏增强磁共振是必要检查, 病理诊断是金标准, 需要多种治疗方案结合才可能有效延长患者生存期, 改善预后。

参考文献:

- [1] 喻磊, 谷天祥, 师恩祎, 等. 原发性心脏肿瘤的外科治疗[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2011, 18(2): 166-167.
- [2] Gordon MJ, Danilova O, Spurgeon S, et al. Cardiac non-Hodgkin's lymphoma: clinical characteristics and trends in survival[J]. Eur J Haematol, 2016, 97(5): 445-452.
- [3] Amari K, Tago M, Katsuki NE, et al. Cardiac recurrence of diffuse large B-cell lymphoma more than a decade after attaining complete remission[J]. Am J Case Rep, 2018, 19(4): 1057-1062.
- [4] 董菲, 李敏, 景红梅, 等. 原发心脏淋巴瘤的临床病理特征及治疗分析[J]. 肿瘤防治研究, 2015, 42(7): 702-705.
- [5] Mügge A, Daniel WG, Haverich A, et al. Diagnosis of noninfective cardiac mass lesions by two-dimensional echocardiography. Comparison of the transthoracic and transesophageal approaches[J]. Circulation, 1991, 83(1): 70-78.
- [6] 胡兴荣, 王开权, 李祚雯, 等. 右心房浸润性脂肪瘤一例[J]. 放射学实践, 2010, 25(6): 704-705.
- [7] Kaminaga T, Takeshita T, Kimura I. Role of magnetic resonance imaging for evaluation of tumors in the cardiac region[J]. Eur Radiology, 2003, 13(6): L1-L10.
- [8] 何秀超, 关青艳, 郭顺林. 右心原发性血管肉瘤 MRI 表现 1 例[J]. 中国医学影像学杂志, 2018, 26(3): 189-190.
- [9] Petrich A, Cho SI, Billett H. Primary cardiac lymphoma: an analysis of presentation, treatment, and outcome patterns[J]. Cancer, 2011, 117(3): 581-589.

(收稿日期: 2019-10-19 修回日期: 2019-12-18)