

میگزوم دهلیز چپ در کودکان

(گزارش يك مورد)

دکتر حسینی عسگری * دکتر امیر منصور صدر **

دکتر محمد حسین مردیان * دکتر غلامرضا ولیزاده *

بهبودی پیدا می کند . از يك هفته قبل از بستری شدن طپش قلب و تنگ نفس در هنگام فعالیت به شکایات بیمار اضافه می شود .

در سوابق قبلی نکته مهمی یافت نشد و بیمار پیش از شروع این ناراحتی کاملاً سالم بوده است . هیچ نوع واکسیناسیون جز آبله انجام نگرفته و بیمار فرزند سوم يك خانواده کشاورز با وضع مالی نسبتاً رضایتبخش و دوخواهر و دوبرادر سالم است و سابقه بیماری مشابه یا هرگونه بیماری ارثی در خانواده وجود نداشت .

در معاینه ای که در هنگام بستری شدن انجام شد ، بیمار پسر لاغراندازی بود بارشده جسمانی و روانی طبیعی حال عمومی خوب بود و هیچ نوع ناراحتی حاد نداشت . وزن ۳۶ کیلوگرم ، قد ۱۴۵ سانتیمتر ، حرارت ۳۶/۸ درجه سانتی گراد ، نبض ۱۲۰ در دقیقه و فشارخون ۱۲۰/۹۰ بود .

انتهای انگشتان و لبها و گونه ها جزئی سیانوز نشان میدادند . در انگشتان دست و پا هیپوکراتیسم خفیفی مشاهده میشد . در پاها ادم خفیف گوده گذاری وجود داشت و مفاصل زانو در حرکت دردناک بودند که درد در طرف راست بیشتر بود . سروگردن و گوش و حلق و بینی و چشم ها طبیعی و شنوایی و بینایی بیمار معمولی بود .

در معاینه قفسه سینه ناحیه جلوی قلب کمی برجسته تر از طرف مقابل و ضربان قلب در قسمت وسیعی قابل رویت بود . نوک قلب در فضای پنجم و در داخل خط میانی ترقوه لمس می شد . لرزش خفیف سیستولیک در نوک قلب محسوس بود . دردی حدود مائیته قلب طبیعی بود . در سمع سوفل هولوسیستولیک درجه ۳ در کانون میترال با انتشار به زیر بغل چپ و سوفل دیاستولیک خفیفی در کانون

میگزوم در بالغین شایعترین تومور قلبی بوده و بیش از نیمی از تومورهای این عضو را تشکیل میدهد (۱۸ و ۲۰) . در کودکان شیوع آن بمراتب کمتر و با وجود ندرت کلی تومورهای قلبی و کمپایی نسبی ، میگزوم در این سنین در اطفال يك گرفتاری استثنائی است (۲ - ۹ - ۱۸ - ۲۰) . از بیست و نه مورد تومور قلب که در پانزده مرکز بیماریهای اطفال در اروپا در طول پنج سال مشاهده شده است ، فقط سه مورد از نوع میگزوم بودند (۱۸) . در کودکان نیز مشابه بزرگسالان محل شیوع تومور در دهلیز چپ میباشد .

در این مقاله يك مورد میگزوم دهلیز چپ که اخیراً در بخش کودکان بیمارستان پهلوی مشاهده است گزارش میشود و مشکلات تشخیصی این بیمار و موارد دیگری که تاکنون مشاهده شده است بررسی میشوند .

شرح حال بیمار

(بیمارستان پهلوی - پرونده شماره ۱۶۸۱)

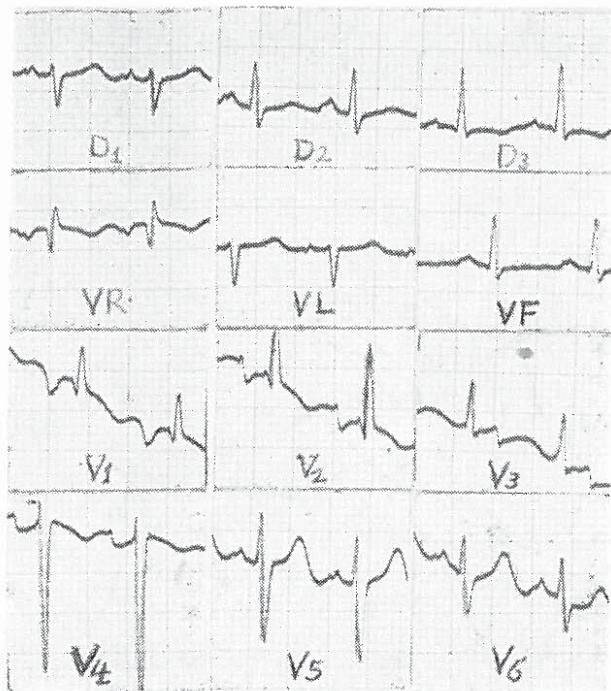
عباس خ ۱۳ ساله . اهل بیجار باشکایت از تنگ نفس ، درد پای راست و دل درد در بخش کودکان بیمارستان پهلوی بستری شد . بیماری سه ماه پیش از مراجعه به بیمارستان با درد پای راست که بطور ناگهانی پیدا شده بود شروع گردید . درد بیشتر در مفصل زانو متمرکز بوده و بعد از چند ساعت که درد تخفیف می یابد ناحیه مفصل زانو متورم می شود ، تدریجاً در عرض چند روز ورم نیز از بین رفته بود .

بیمار در این سه ماه گاه بگاه دچار دل درد شده بود که معمولاً به همراه سرگیجه و سردرد بود و با خوردن غذا

★ بخش کودکان دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران .

★★ بخش آسیب شناسی دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران .

★★★ بخش کودکان مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم - دانشگاه ملی ایران .



شکل شماره (۲) - الکتروکاردیوگرام

بیمار دچار فلج شده نیمه راست بدن، فلج فاسیال همانطرف و اختلال تکلم شد. فلج بعد از یکی ۱-۲ ساعت و آفازی بعد از ۳-۴ ساعت کاملاً از بین رفت. سه روز بعد بیمار مجدداً دچار همی‌پارزی راست و حالت نیمه اغما شد که فقط به تحریکات دردناک جواب میداد ولی قادر به درک محیط اطراف و اوامر و صحبت کردن نبود. فلج با شلی عضلات نیمه راست تنه و صورت و شدید شدن انعکاس‌های وتری و علامت بابنسکی و محور رفلکسهای پوستی شکمی در همین طرف همراه بود. نبض تند و ضعیف بود، تدریجاً نبض ضعیف‌تر، تنفس تند و سطحی شد، فشارخون سقوط کرد. درمانهای انجام شده مؤثر واقع نشد و بیمار روز بعد در کلاپس قلبی عروقی فوت کرد. در روزهای آخر اضافه بر درمانهای ذکر شده با هپارین درمان ضد انعقاد انجام شد. در کالبد شکافی در حدود پنجاه میلی‌لیتر مایع صاف در پریکارد و مقدار کمی مایع مشابه در جنب راست وجود داشت. ریه‌ها پر خون و از سطح برش ریه مایع کف‌آلودی خارج میشد قلب کمی بزرگتر از طبیعی وقوام و رنگ طبیعی داشت. وزن آن ۳۱۰ گرم و بطن راست متسع و جدار آن ضخیم بنظر میرسید.

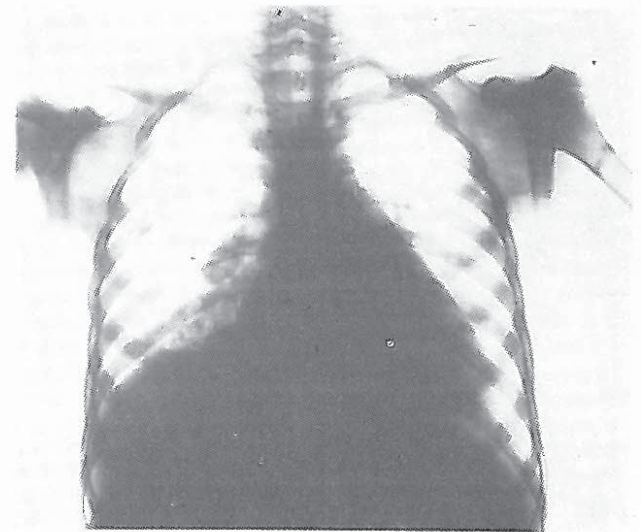
در داخل دهلیز چپ توده‌ای قرمز وجود داشت که در یک نقطه با پایه کوتاهی بسختی به دیواره بین دهلیزی چسبیده بود (شکل شماره ۳)، ظاهر این توده به یک لخته ارگانیزه و یا یک میگزوم شبیه بود. کبد پر خون بود، طحال طبیعی و در مجاورت آن یک طحال کوچک اضافی وجود داشت. در سطح خارجی هردو کلیه کانونهای کوچک کم‌رنگ مشکوک به انفارکتوس وجود داشتند که قطر آنها به چهار سانتیمتر می‌رسید. مغز ۱۳۲۰ گرم وزن داشت و در

میترال بدون انتشار مشخص شنیده میشد. صداهای تنفسی در قاعده ریه راست ضعیف شده بودند. کبد نرم و بزرگ و لبه آن هشت سانتی‌متر زیر دنده‌ها حس می‌شد. طحال قابل لمس نبود و بیمار در امتحان عصبی طبیعی بود.

در آزمایش خون محیطی هموگلوبین ۱۳ گرم، هماتوکریت ۴۲ درصد، گلبولهای سفید ۱۳۰۰ با ۷۸ درصد پولی نوکلر، ۲۰ درصد لنفوسیت و ۲ درصد منوسیت و سرعت سدیمانتاسیون ۲ میلی‌متر در ساعت اول و ۵ میلی‌متر در دو ساعت بود. آنتی استرپتولیزین O در سرم ۱۰۰ واحد بود.

الکتروفورز پروتئین‌های سرم از دیداد جزئی بتاگلوبولین‌ها را نشان میداد. نتیجه آزمایش ادرار در حد طبیعی بود.

در رادیوگرافی قفسه سینه (شکل شماره ۱) قلب بزرگتر از طبیعی و بطرف چپ پیش رفته بود. قوس میانی کنار چپ قلب برجسته بوده، نقش عروقی ریتین شدیدتر از معمول، سینوس جنبی طرف راست محو و ظاهراً مایع در پلور راست وجود داشت که مجموعاً به استاز عروقی و پرخونی پاسیو در ریتین نسبت داده شد.



شکل شماره (۱) - رادیوگرافی قفسه صدری

الکتروکاردیوگرام (شکل شماره ۲) تغییرات حاکی از هیپرتروفی، دهلیز چپ را بصورت P دوقوهانه در D_1 ، D_2 ، D_3 ، V_1 ، V_2 و V_3 نشان داد و محور QRS منحرف به راست و با وجود R بلند در V_1 و S در V_5 و V_6 تشخیص هیپرتروفی بطن راست داده شد. فاصله PR شانزده صدم ثانیه بود که برای ریتم موجود قلبی طولانی بود.

بیمار با تشخیص بیماری میترال یادگار یک کاردیت روماتیسمال با تنگی نسبتاً شدید و نارسائی خفیف در عمل درجه تحت درمان با رژیم بی‌نمک، دیگوسین، و Furosemide قرار گرفت. صبح بعد از شروع درمان

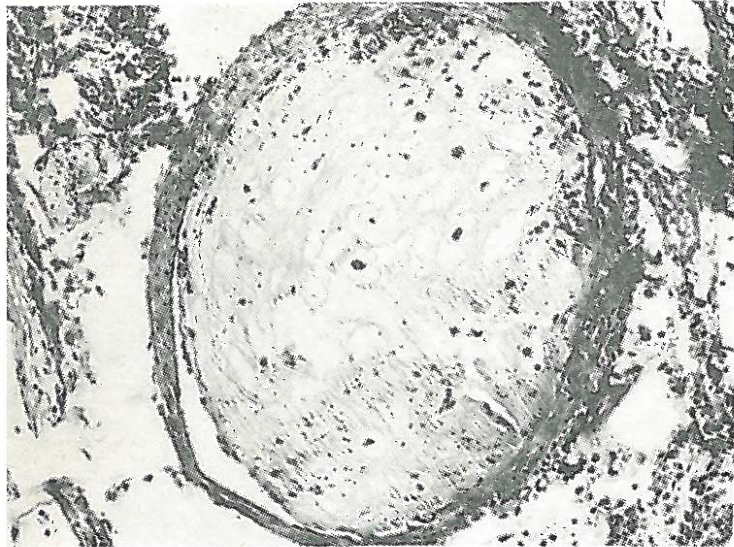
تأیید شد. تشخیص نهائی آناتوموپاتولوژیک میگزوم دهلیز چپ با آمبولیهای متعدد به کلیه و مغز و پرخونی ریه و کبد بود.



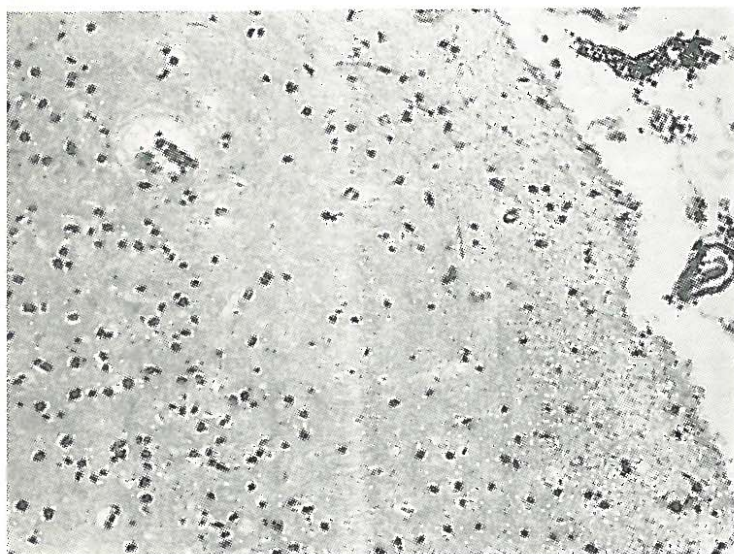
شکل شماره (۳)

سطح خارجی لب فرونتال چپ مختصری پرخونی مشاهده شد ولی ظاهراً برشهای مغز طبیعی بودند.

در آزمایش میکروسکوپی که از اعضاء مختلف جسد بعمل آمد توده تومورال دهلیز چپ بافت همبندی کم سلولی را با استرومای فراوان و کم رشته نشان داد (شکل شماره ۴) که قسمتهائی بانمای موکوئید و نقاطی بادژنرسانس فیبرینوئید داشت. سلولهای داخل استروما اکثراً از نوع فیبروسیت و بعضی گرد و ستاره‌ای بودند که رویهمرفته نمای میگزوماتو به بافت میدادند. در سطح خارجی توده سلولهای پوششی آندوتلیال وجود داشت، در آزمایش ریزینی کلیه وجود کانونهای انفارکتوس تأیید شد و در داخل بعضی از شرائین ساختمان میگزومی مشابه توده داخل قالب دیده شد (شکل شماره ۵). در مخ نیز در داخل بعضی از شرائین ناحیه فرونتال چپ آمبولیهای تومورال با ساختمان مشابه پیدا شد (شکل شماره ۶). در بعضی از مناطق مربوط به این شریانها کانونهای نکروز با از بین رفتن سلولهای مغزی و کم شدن میلین و ارتشاح سلولهای ماکروفاژ وجود داشتند. پرخونی ریه و کبد نیز در آزمایش میکروسکوپی



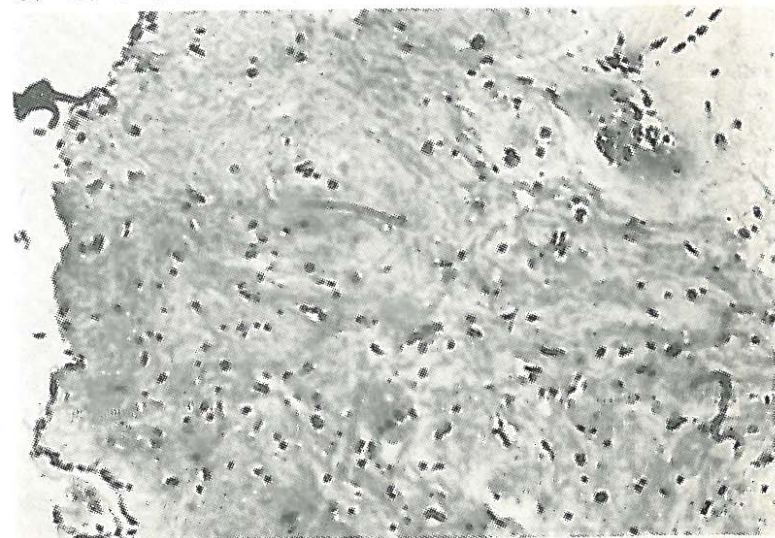
(شکل شماره ۵)



(شکل شماره ۶)

« بحث »

اولین مورد میگزوم قلبی در کودکان را Goldberg در سال ۱۹۵۲ گزارش کرد (۵). Steinke و همکارانش تا سال ۱۹۷۱ گزارش سی و پنج مورد میگزوم قلب را در مطبوعات انگلیسی زبان پیدا کردند که از این تعداد ۲۳ مورد آن در دهلیز چپ بود (۱۷). بادر نظر گرفتن بیمارانی که در چند سال اخیر و یا به زبانهای دیگر گزارش شده است میگزومهای قلبی گزارش شده در کودکان به ۵۱ مورد میرسد که از این تعداد ۳۵ مورد آن در دهلیز چپ بوده‌اند (۳ تا ۹ - ۱۰ تا ۱۶). بطور کلی چه در کودکان و چه در بالغین دهلیز چپ محل شایع پیدایش این تومور میباشد و سه چهارم موارد میگزوم گزارش شده در تمام سنین



(شکل شماره ۴)

علائم اصلی و عمده بیماری هستند و در بقیه ضمن معاینه و مطالعه بیمار کشف میشوند. وجود تومور در دهلیز چپ مانع برگشت خون از آورده ریوی شده و در نتیجه سبب کندی جریان خون ریوی و ازدیاد فشار در این جریان میشود و از سوی دیگر چون مانع عمل طبیعی دریچه میترال میشود سبب بزرگی دهلیز چپ و بدنبال آن کندی جریان و ازدیاد فشار در جریان خون ریوی میشود که به نارسائی بطن راست و بالاخره نارسائی کانی قلاب میانجامد. بعلاوه نارسائی دریچه میترال نیز ممکن است در روی بطن چپ تأثیر کند (۵ و ۱۲ و ۱۵ و ۱۷).

در معاینه قلبی اکثر این بیماران سوفل سیستولیک یا دیاستولیک و یا سوفل سیستولیک و دیاستولیک تواماً بگوش میرسد. آنچه شیوع بیشتری دارد وجود سوفل سیستولیک و دیاستولیک باهم و یا سوفل سیستولیک تنها میباشد. صدای باز شدن میترال (Opening snap) و تق دیررس سیستولی (Late systolic click) تشدید صدای دوم ریوی و صدای گالوپ علائم سمعی دیگر هستند که ممکن است در بیمار وجود داشته باشد (۵ و ۱۷).

تغییر علائم سمعی قلبی با تغییر وضعیت فضاائی بیمار که در بالغین تأکید شده فقط در یک کودک مبتلا دیده شده است و اگرچه جستجوی آن در بیماران مشکوک ضروری است، یافته نادری بشمار میرود. تغییر روزبروز علائم در عده بیشتری از بیماران دیده میشود (۵-۱۲-۲۰). نارسائی قلبی (Congestive Heart Failure) شایع است در مطالعات Steinke از ۲۳ مورد ۱۵ مورد گرفتار نارسائی قلبی بودند و بطورکافی نارسائی قلب علامت پیش‌آگهی بدیامی بود (۱۷).

امتحانات روتین آزمایشگاهی ممکن است تماماً طبیعی باشد معهذا آنمی هیپرلوکوسیتوز، بالا بودن سرعت سدیماتاسیون گلوبولی، مثبت بودن CRP تغییرات پروتئین سرم بصورت معکوس شدن نسبت آلبومین به گلوبولین و بالا بودن گاما گلوبولین‌ها، ازدیاد آلفا گلوبولین‌ها و ازدیاد فیبریژن سرم گزارش شده است (۵ و ۱۸). بالا بودن اسید Uronic در این بیماران گزارش شده است. در یک بیمار نیز آنتی هیپالورونیداز سرم بالا بود که شاید جواب بدن به اسید هیپالورونیک فراوان نسج میگزومی بوده است (۱۷). در حال حاضر تا مطالعات بیشتر ارزش تشخیصی این دو آزمایش نامعلوم است، در رادیوگرافی پرخونی ریه، بزرگی دهلیز چپ، بزرگی بطن راست، ویا کاردیومگالی عمومی ممکن است دیده شوند ولی باید در نظر داشت که قلاب و ریه در رادیوگرافی ممکن است کاملاً طبیعی باشند. الکتروکاردیوگرافی ممکن است بزرگی دهلیز چپ و بطن راست را نشان بدهد. تغییرات غیر اختصاصی موج T و قطعاً St، بزرگی بطن چپ، علائم ایسکمی و آریتمی یافته‌های دیگری است که در الکتروکاردیوگرافی بعضی از بیماران دیده شده است. در بعضی

مربوط به دهلیز چپ بوده است (۴ و ۲۰). بیماری در تمام دوران کودکی ممکن است دیده شود معهذا بنظر میرسد که از ۱۰ سالگی بعد شیوع بیشتری داشته باشد (۵-۱۷). جوانترین مورد گزارش شده در یک کودک ۷ ماهه بوده است (۱۶ ب) مواد متعدد میگزوم قلب در یک خانواده گزارش شده است (۶-۱۰).

علائم بالینی میگزوم دهلیز چپ اکثراً همراه کننده بوده و سهولت با بیماریهای دیگر قلبی و بخصوص با تنگی و نارسائی دریچه میترال اشتباه میشود. علائم بیماری را بطورکافی میتوان به سه گروه تقسیم کرد: ۱- علائم عمومی، ۲- علائم مربوط به آمبولی های تومورال در جریان خون عمومی. ۳- علائم انسدادی ناشی از احتمال جریان خون در قلب.

اختلال حال عمومی معمولاً نسبت به علائم دیگر کمتر جلب توجه میکند معهذا در سابقه بسیاری از بیماران ضعف عمومی، لاغر شدن و تب‌های خفیف بدون علت مشخص که چند هفته تا چند ماه ادامه داشته است دیده میشود. تب در کودکان مبتلا شایع‌تر میباشد و در دو سوم بیماران گزارش شده است (۱۷). سردرد، سرگیجه، رنگ‌پریدگی نیز کمابز نیستند، همراهی بیماری با پانی‌نوریت نیز ملاحظه شده است (۱۷).

آمبولیهای سیستمیک و علائم ناشی از آنها در بیماران خردسال بخصوص شایع است و در بسیاری از کودکان مبتلا آشکارکننده بیماری میباشد (۲۱). در متجاوز از دو سوم کودکان گرفتار میگزوم دهلیز چپ، آمبولی سیستمیک وجود دارد و در نیمی از بیماران شکایات اولیه و علائم اصلی بیماری را سبب میشوند.

شایع‌ترین محل آمبولی پاها و بعد به ترتیب مغز، کلیه، و طحال مواضع شایع آمبولی تومورال میباشد لاقل در سه مورد از بیماران گزارش شده ترمبوآمبولکتومی و کشف ساختمان بافتی میگزوم در آمبولوس سبب تشخیص شده است. در بیمار ما آمبولی‌های تومورال در شراین پای راست، مغز و کلیه‌ها وجود داشت. بروز ناگهانی همی‌پارزی از علائم شایع میباشد، همی‌پلژی کامل همراه کلاپس عروقی دیده شده است گاهی همی‌پلژی کاملاً خود بخود بهبود یافته است و مواردی از همی‌پلژی برگشت‌کننده مشابه بیمار این مقاله نیز گزارش شده است. ضمن آمبولیهای مغزی تشنجات عمومی نیز ممکن است دیده شوند. در اندامها آمبولی بیشتر در جریان رانی و شعب آن می‌باشند، آمبولی شریان مرکزی شبکیه که منجر به کوری شده نیز دیده شده است (۵ و ۱۷).

علائم انسدادی تومور شایع‌ترین تظاهرات بیماری بوده و نتیجه اختلال جریان خون، ورودی و یا خروجی دهلیز چپ میباشد که بصورت تنگی دریچه میترال، نارسائی دریچه میترال و یا انسداد وریدهای ریوی تظاهر میکند. در اکثریت بیماران این علائم وجود دارند که در بسیاری

منفی بودن کشت مکرر و بی تأثیر بودن درمان آنتی بیوتیکی و وجود علائمی که در بالا ذکر شد ممکن است به تمیز میگزوم از آندوکاردیت کمک کند. اشتباهات نادر دیگر تشخیص کلاژنوز و میوکارдит بوده است. در مورد بیمار ما تشخیص بالینی بیماری میترا ل یادگار یک کاردیت روماتیسمی بود درد پاها در سابقه بیمار بحمله حاد روماتیسم مفصلی نسبت داده شد. بررسی قلب و پرخونی ریه در رادیوگرافی و علائم الکتروکاردیوگرافیک بزرگ شدن دهلیز چپ و بطن راست نیز مؤید ضایعه دریچه میترا ل فرض شد. در هنگام بروز همی پلژی نیز احتمال داده شد که بدنبال دیژیتالیزاسیون بیمار آمبولی مغزی از لخته های تشکیل شده در دهلیز چپ پیدا شده است همینطور علائم پای راست نیز به آمبولی مشابهی نسبت داده شد.

از نظر آسیب شناسی تومور معمولاً بصورت توده ژلاتینی خردشونده و پایه داری در داخل دهلیز چپ دیده میشود و در اکثر موارد پایه تومور به جلوی حفره بیضی (Fossa Ovalis) چسبیده است که شاید نقطه ای است که سلولهای جنینی باقیمانده و بعداً سبب بروز تومور میشوند (۵).

از نظر بافتی میگزوم دهلیز چپ تومور خوش خیم نسج هم بند میباشد که از استرومای فراوان موکویید کم سلولی تشکیل شده است که حاوی سلولهای مزانشیماتو ستاره ای و یادوکی شکل است که تک تک ویا در دسته های کوچک در داخل استروما پراکنده میباشد. مراکز خونریزی گاهی در تومور دیده میشود تومور معمولاً از یک طبقه آندوتلیال نازک با سلولهای صاف پوشیده شده است. عده ای میگزوم قلب را نئوپلاسم واقعی نمی دانند و معتقدند که نوعی هامارتوم میباشد (Hamartoma). مشکل تشخیص میگزوم از نظر بافتی تمیز آن از لخته ارگانیزه میباشد (Organized Thrombus). شباهت ظاهری وهیستولوژیک تومور به لخته ارگانیزه جدی است که حتی بعضی، شخصیت نئوپلاستیک تومور را مورد شک قرار داده اند (۴). مطالعات جزئیات ساختمانی با میکروسکپ الکترونیکی وجود استرومای موکویید فراوانی را نشان میدهد که حاوی گرانولهای ریز می باشد و سلولها حاوی میتوکندری زیاد و تشکیلات گاژی (Golgi Complex) و شبکه آندوپلاسمیک وسیع و خشنی میباشد که مؤید فعالیت ترشحی آنها میباشد و علاوه شبیه گرانولهای موجود در استروما، در داخل سلولها هم دیده میشوند که نشان میدهد که به احتمال قوی سلولها مولد این استرومای موکویید میباشد (۴ و ۱۹). بطور کلی آمبولیهای تومورال داخل عروق جریان سیستمیک از نظر ساختمانی کاملاً مشابه تومور دهلیز چپ میباشد (۵ و ۱۹).

درمان قطعی بیماری همیشه با جراحی و برداشتن تومور میباشد. ندرتاً عود تومور بعد از عمل جراحی دیده

از موارد الکتروکاردیوگرام کاملاً طبیعی بوده است (۱۶ تا ۱۸).

در کاتتریسیم قلب راست، کم شدن بازده (Output) قلب راست و ازدیاد فشار ریوی دیده میشود. یافته اخیر در تمام بیمارانی که تحت این آزمایش قرار گرفته اند گزارش شده است، در کاتتریسیم قلب چپ تفاوت فشار در بالا وپائین دهلیز چپ و تفاوت فشار دهلیز و بطن چپ ممکن است پیدا شود.

کاتتریسیم قلب چپ از نظر خرد شدن تومور و ایجاد آمبولی خطرناک است (۱۳ - ۱۴ و ۲۰). آثریو کاردیوگرافی آزمایش پرارزشی در تشخیص میگزوم دهلیز چپ میباشد. در آثریو کاردیوگرام معمولاً تصویر حفره ای در دهلیز دیده میشود. در اکثر مواردی که قبل از مرگ یا عمل جراحی شناخته شده است تشخیص با آثریو کاردیوگرافی بوده است (۷ - ۱۷ - ۲۰). آزمایش دیگری که در سالهای اخیر در تشخیص تومورهای قلبی ارزش فوق العاده ای پیدا کرده است، اکوکاردیوگرافی امواج مافوق صوت (Ultrasonic Echocardiography) است. مواردی از میگزوم دهلیز چپ گزارش شده است که آثریو کاردیوگرافی برای تشخیص بی نتیجه بوده و تشخیص تومور دهلیز چپ با اکوکاردیوگرافی داده شده است (۱۴). ارزش اکوکاردیوگرافی با در نظر گرفتن آتروماتیک (Atraumatic) بودن آن بیشتر میشود (۱۵).

از مطالعه موارد گزارش شده میتوان نتیجه گرفت که شکایات بیماران و علائمی که در معاینه آنها پیدا میشوند معمولاً هیچیک ویژه میگزوم دهلیز چپ نمی باشد و اکثراً این تومور با بیماریهای شایعتر قلبی اشتباه میشود. در گزارش Steinke (۱۷) از بیست و سه کودک دچار میگزوم دهلیز چپ تشخیص اولیه فقط در چهار مورد تومور قلبی بوده است و با مطالعات بیشتر مجموعاً در ده مورد تشخیص بیماری قبل از عمل جراحی یا قبل از مرگ داده شده بود. در ۱۲ مورد تشخیص بدنبال کالبد شکافی بعد از مرگ بیمار بود و در یک مورد ضمن عمل جراحی که با تشخیص تنگی میترا ل آن انجام گرفت ضایعه اصلی تشخیص داده شد. شایعترین اشتباه تشخیصی کاردیت حاد روماتیسمی و گرفتاری روماتیسمال دریچه میترا ل میباشد. نبودن سابقه روشن و تورم روماتیسمی مفصل، مقاوم بودن بیمار به درمان با دیژیتال نبودن علائم آزمایشگاهی روماتیسم حاد مفصلی، و گاهی متغیر بودن علائم و وجود علائم آزمایشگاهی روماتیسم حاد مفصلی، و گاهی متغیر بودن علائم و وجود علائم مشکوک به آمبولی سیستمیک ممکن است به شناختن بیماری کمک کند. تشخیص دیگری که در چند مورد اشتباهاً داده شده است آندوکاردیت باکتریال تحت حاد بوده است. تب، آمبولی مکرر، سوفل قلبی و بالا بودن سدیماتاسیون در هردو بیماری دیده میشود معهداً

شده است (۱ و ۸) و توصیه میشود که برای جلوگیری از رشد مجدد، تومور توده تومورال و پایه آن - همراه قسمتی از دیواره بین دهلیزی که محل اتصال پایه تومور است - برداشته شود.

خلاصه

یک مورد میگزوم دهلیز چپ در بزرگسال ۱۳ ساله ای با سابقه و علائم مشکوک به بیماری روماتیسمی قلب گزارش شد. بیمار با نارسائی قلب و علائم تنگی میترال به بیمارستان مراجعه و در هنگام بستری شدن به همیپلژی برگشت کننده دچار گشت.

در کالبدشکافی میگزوم دهلیز چپ پیدا شد که سبب انسداد درجه میترال و آمبولیهای مغزی و کلیسوی شده بود بررسی موارد گزارش شده نشان میدهد که جز با توجه زیاد و دائمی پزشک به وجود بیماری در کودکان تشخیص بنوع بیماری ممکن نمی شود و از این نظر مطالعه کامل و دقیق بیمارانی را که با ظاهر بیماری روماتیسم قلبی و علائم وعوارض مشکوکی مثل نبودن سابقه روشن روماتیسم حاد مفصای، آمبولیهای اندامها و مغز و کلیه و علائم قلبی متغیر مراجعه می کنند توصیه می شود.

آنژیوکاردیوگرافی و اکوکاردیوگرافی از بهترین وسائل تشخیص میباشد.

Myxome de l'oreillette gauche — Présentation d'un cas Revue de la littérature

ASKARI H., SADR A.

MARANDIAN M.H., WALIZADE G.

Un garçon de 13 ans fut hospitalisé dans le Service de Pédiatrie du C.H.U. de Pahlavi de la Faculté de Médecine de Téhéran, pour une insuffisance cardiaque. Les signes auscultatoires, radiologiques et électriques évoquaient une sténose mitrale. Le malade décéda dans le tableau d'oedème pulmonaire aigu, après quelques épisodes d'hémiplégies résolutes.

A l'autopsie, il existait un myxome de l'oreillette gauche obstruant complètement l'orifice mitral, ainsi que des embolies cérébrales et rénales histologiquement identiques.

En raison de la fréquence des cardiopathies rhumatismales en Iran, les auteurs évoquent les difficultés diagnostiques des myxomes, et soulignent la valeur diagnostique des épisodes d'embolies à répétition, ainsi que l'intérêt de l'angiocardiographie.

REFERENCES

1. Bahl O.P. & al. Recurrence of left atrial myxoma circulation, 40::673-6, 1969.
2. Cummings G.R. & Finkel K. Intracardiac myxoma in a young patient, J. Pediat. 58: 559, 1961.
3. Finjalbert A. & Calazel P. Pseudo-myxome de l'oreillette gauche, Arch. Mal. Coeur, 61: 1321, 1968.
4. Fine G. & al. Cardiac myxoma Cancer, 22: 1156, 1968.
5. Gillot F., Nomballais G. & al. Myxome de l'oreillette gauche chez une enfant de six ans Arch. Franç. Pediat. 27: 937, 1970.
6. Heydorn W.H., Gomez A.C. & al. Atrial myxoma in siblings J. Thoracic and Cardiovasc. Surg. 65: 484, 1973.
7. Hongre J.F., Toursel F. & Soets G. Le myxome de l'oreillette gauche, Rev. Pediat. 8: 601, 1972.
8. Jewitt D. Left atrial myxoma, Proc. Roy. Soc. Med. 64: 42-4, 1971.
9. Kahn M.A.R. & Mujahed M.A. Atrial myxoma with a saddle embolus in a child, Thorax, 25: 634, 1970.
10. Krause S. & Adler L.N. et al. Intracardiac Myxoma in siblings, Chest, 60: 404, 1971.
11. Lelong M., Dubost C. & al. Myxome de l'oreillette gauche chez un enfant de 12 ans et demi, Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 77: 797, 1961.
12. Nadas A.S. & Ellison R.S. Cardiac Tumors in Infancy Amer. J. Cardiol. 21: 363, 1968.
13. Nichols A.J.S., Goodman M.A. & Pridie R.B. Left atrial myxoma in a child diagnosed by ultrasound Postgrad. Med. J. 47: 804, 1971.
14. Popp R.L. & al. Ultrasound for diagnosis of atrial tumors Ann. Int. Med. 71: 185-7-, 1969.
15. Pridie R.B. Left atrial myxoma in children Thorax, 27: 759, 1972.
16. Simcha B.G., Wells M.J. & al. Primary cardiac tumors in childhood Arch. Dis. Childn. 46: 508, 1971.
- 16 Bis. Sanyal S.K., Leuchtenberg N., Rojas R.H. & al. Right atrial myxoma in infancy and childhood Amer. J. Cardiol. 20: 263-269, 1967.
17. Steinke W.E., Perry L.W. & al. Left atrial myxoma, Pediatrics, 49: 580, 1972.
18. Van der Hauwart L.G. Cardiac tumors in infancy and childhood Brit. Heart J. 33: 125, 1971.
19. Williams J.W., Jenkins D. & Erasmus D., the ultrastructure of cardiac myxoma, Thorax, 25, 756, 1970.
20. Zitnik R.S. & Guiliani E.R. Clinical Recognition of atrial myxoma, Amer. Heart J., 80: 689, 1970.
21. Pennaforte F., Leroux N., Dupouy D. & Gufrin R. Myxome de l'oreillette gauche chez un enfant de 13 ans Pédiatrie (Lyon) 29, 423, 1974.