

الورم المخاطي القلبي

الدكتور منتجب أحمد صالح*

(تاريخ الإيداع 26 / 7 / 2016. قُبل للنشر في 6 / 9 / 2016)

□ ملخص □

يعتبر الورم المخاطي القلبي البدئي السليم الأكثر شيوعاً في القلب حيث يشكل 30-40% من الأورام البدئية ، تقدر نسبة حدوثه بحدود 0.5 – 1 لكل مليون نسمة في السنة . يمكن أن يتشكل الورم المخاطي القلبي داخل أي حجرة من حجرات القلب مع وجود ميل الى التشكل في الأذنيات وخاصة الأذينة اليسرى . يمكن حالياً مع تطور العناية بعد العمل الجراحي إجراء استئصال للورم المخاطي جراحياً مع نتائج ممتازة حتى بالمشاركة مع إجراءات قلبية أخرى كجراحة الدسامات أو المجازات الاكليلية . يجب إجراء التداخل الجراحي فوراً بعد إرساء التشخيص بغية تجنب الاختلاطات المحتملة مثل الانصمام المحيطي أو الاضطرابات الهيموديناميكية . أظهرت الدراسات الحديثة ونتائج المتابعة للمريض بعد العمل الجراحي انخفاض نسبة الوفيات عند المرضى الذين لديهم ورم مخاطي قلبي وخضعوا للاستئصال الجراحي ، مع نتائج جيدة على المدى البعيد .

Cardiac myxoma

Dr. Mountajabs Saleh *

(Received 26 / 7 / 2016. Accepted 6 / 9 / 2016)

□ ABSTRACT □

Myxoma comprises 30 -40 % of all benign cardiac tumors in adults. And it occur about 0.5 – 1 for each million in a year .

Myxoma occur in any chamber of the heart . but have a special predilection for the left atrium.

Surgical resection is the only effective therapeutic option for patients with cardiac myxoma . It may be done with any other cardiac surgery (valve replacement or CABG) .

surgery should not be delayed because death from obstruction to flow within the heart embolization may occur in as many as 8% of patients awaiting operation .

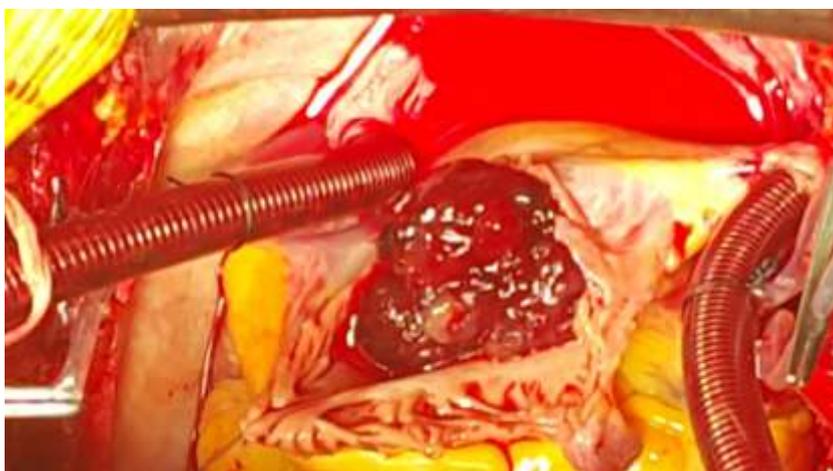
New studies show a good result for the patients who undergo the surgical resection for the myxoma . and low percentage of mortality .

* Assistant Professor, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

الحالة السريرية الأولى

المريضة : م . ن
العمر : 55 سنة
الجنس : أنثى
الأعراض السريرية : لا أعراض سريرية .
السوابق المرضية : ارتفاع توتر شرياني مضبوط دوائيا .
ايكو القلب : في سياق اجراء ايكو قلب لدراسة آثار ارتفاع التوتر الشرياني على العضلة القلبية تبين وجود كتلة كبيرة متجانسة معنقة عند مصب الأجوف العلوي قالسة بشكل خفيف ضمن الدسام مثلث الشرف دون وجود تضيق في الدسام مثلث الشرف على حساب الأذينة اليمنى متحركة مع النبضان .
الجراحة : تم إجراء عمل جراحي بشق صدر ناصف وتركيب دارة القلب والرئة الصناعية ثم الدخول مباشرة عبر الأذينة اليمنى واستئصال الكتلة بشكل كامل .



الحالة السريرية الثانية :

الاسم : ه . إ
العمر : 61 سنة
الجنس : أنثى
الأعراض السريرية : لا أعراض سريرية .
السوابق المرضية : ارتفاع توتر شرياني معالج دوائيا حديث التشخيص .
ايكو القلب : لوحظ صدفية وجود كتلة لاطئة في الأذينة اليسرى كبيرة الحجم متحركة .
الجراحة : تم اجراء الجراحة بشق صدري ناصف وتركيب دارة القلب والرئة الصناعية ثم الدخول عبر الأذينة اليمنى ثم فتح الحجاب بين الاذنين والدخول الى الأذينة اليسرى واستئصال الكتلة بشكل كامل .



أورام القلب بالتعريف :

تتضمن أورام القلب التشنؤات الحميدة والخبيثة التي تنشأ ضمن حجرات القلب او ضمن العضلة القلبية ، ولا تدخل النقائل الورمية الى القلب ضمن تصنيف الأورام القلبية البدئية .

أنواع أورام القلب :

إن 70% من أورام القلب هي أورام حميدة ، و30% هي أورام خبيثة وقابلة للغزو والانتقال لأماكن بعيدة.

الورم المخاطي القلبي :

تعريف : يعتبر الورم المخاطي القلبي الورم السليم البدئي الأكثر شيوعا في القلب ، حيث يشكل 30-40% من أورام القلب البدئية . وتقدر نسبة حدوثه بحدود 0.5-1 لكل مليون نسمة في السنة .

تكون هذه الأورام مفردة عموما وذات سويقة ، كمان يمكن أن يكون لها قاعدة عريضة .

تكون الخلايا ذات شكل موحد ، صغيرة ومضلعة الشكل . تحتوي على نوى مدورة أو بيضوية الشكل وعلى

كمية معتدلة من الهيولانتتوضع هذه الخلايا ضمن لحمة مخاطية يمكن أن تحتوي أيضا على عناصر أخرى .

هناك مظهر واحد يميز هذه الأورام عن الخثرات حيث تكون مغطاة بنسيج بطاني ويكون لها أخاديد وشقوق

مبطنة بطبقة من النسيج البطاني.

المظهر الخارجي : يمكن أن يتشكل الورم القلبي داخل أي حجرة من حجرات القلب مع وجود ميل الى التشكل

ضمن الأذينات وخاصة الأذينة اليسرى .

يتراوح قطر الورم عادة بين 5-6سم (1-15 سم) ويتراوح وزنه بين 8-175 جرام (50-60غرام) وهو

سليبي معنق يتبارز ضمن إحدى أجواف القلب ، ويكون قوامه هلاميا أو مخاطيا غالبا (مع وجود بؤر نزفية غالبا)

وحليميا ، ناعما أو أملس .

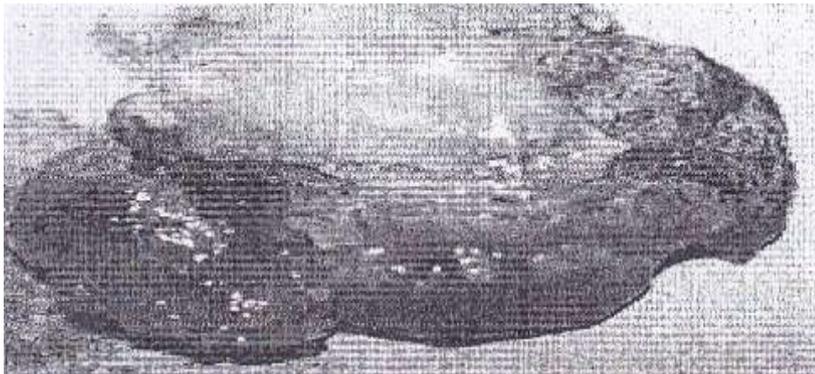
وعموما لا يكون له سويقة قصيرة وذات قاعدة عريضة ، ويتألف الشكل الخارجي للأشكال الحليمية

من كتلة شبيهة بأوراق السرخس ، تكون هشة وهي التي تنتج الصمات الورمية على الأرجح .

البنية النسيجية : يتكون من خلايا وأوعية شعرية بدئية ، ومن نسيج مكون للدم خارج النقي ضمن لحمة مخاطية من عديدات السكريد المخاطية الحامضة . تحتوي اللحمة على أعداد متفاوتة من الشبكيات وألياف الايلاستين وخلايا عضلية ملساء وتوضعات من الكلاجين ، كما تحتوي على خلايا متعددة الأضلاع ذات هيولى شحمية ومحبة للأيونين ، إما بنواة مفردة ونجمية أو متعددة النوى بأعشاش صغيرة ، تشكل الخلايا في محيط الورم طبقة أحادية مع تشكلات عنقودية في الأخابد بما يشبه الأوعية الشعرية البدئية .

يكون للسويقة شرايين وأوردة كبيرة وغزيرة تتصل بالطبقة تحت الشغاف .

في 10 % من الأورام المخاطية يشاهد بؤر مجهرية من الكالسيوم ومناطق من الحؤول العظمي .



بيولوجيا الورم المخاطي : تم بشكل كامل دحض المفهوم القائل بأن الأورام المخاطية تنشأ من الخثرات كما أن (فيرانس و روبرت) يعتقد بأن محتوى الخلايا الورمية المخاطية من العضييات لايقدم معلومات كافية لتحديد نوع الخلية المنشأ .

يعتقد بأن الورم المخاطي ينشأ من خلايا متوسطة ذات قدرات متعددة تستطيع من خلالها التمايز الى أنواع مختلفة من الخلايا .ويدعم هذه الفكرة وجود أنسجة لنقي العظم وللعظام في الأورام المخاطية .

يقترح كريكلر وزملاؤه بأن هذه الأورام تنشأ من نسيج عصبي شغافي حي .

وهناك أعداد متزايدة من التقارير العلمية توثق وجود إمكانية التحول الخبيث للأورام المخاطية .

كما تم ملاحظة الغزو الموضعي الواسع لهذه الأورام .

هناك العديد من التقارير العلمية حول النكس الموضعي للورم المخاطي ، وكذلك بالنسبة للنقائل البعيدة مع

غزو لجدار الأوعية الدموية وحصول تبدلات مهينة لتشكّل أمهات دم .

الورم المخاطي القلبي الأذيني: تنشأ معظم الأورام المخاطية الأذينية سواء في الأذينة اليمنى أو اليسرى من

الحجاب بين الأذنتين ، وعادة من منطقة حواف الحفرة البيضية . وإن حوالي 10 % منها يمكن أن ينشأ من الجدر

الخلفية والأمامية للأذينة وكذلك من اللسينة.

يمكن لكتل الأذينة اليسرى أن تكون عبارة عن امتداد لأورام سرّة الرئة مثل ورم الظهارة المتوسطة للجانب ،

الغرن أو الورم السرطاوي. ويمكن أن تكون الكتل المشاهدة في الجهة اليمنى عبارة عن امتدادات ضمن أجوفية لأورام

الكلية أو الرحم .

تتوضع معظم أنواع الأورام المخاطية (بنسبة 80-90 %) في الأذينة اليسرى كما تميل أورام الأذينة اليمنى

أن تكون أكثر صلابة ولاطئة مقارنة بالأذينة اليسرى، مع وجود قاعدة التصاق عريضة مع الجدار الأذيني أو الحجاب.

يمكن أن يكون الورم المخاطي الأذيني متعدد البؤر . سواء ضمن الحجرة الواحدة أو في كلا الأذنين معا مع العلم أن 75% من الأورام ثنائية الجانب تتضمن وجود التصاق لسويقتين على طرفين متعاكسين من نفس المنطقة من الحجاب الأذيني.

الورم المخاطي البطني

نسبة حدوثه 6-8 % وهو أكثر شيوعا في البطين الأيمن ، حيث يتوضع الورم عادة على الجدار الحر للبطين الأيمن أو على الحجاب بين البطينين .

توصف الاورام المخاطية البطينية أحيانا بكونها مرتشحة ضمن الجار العضلي الطيني .
علما أن 15 % من الحالات التي أفيد عنها في البطين الأيمن كانت مترافقة مع أورام مخاطية قلبية أخرى.
يعد الورم المخاطي في البطين الأيسر نادرا وينشأ عادة بجوار العضلة الحليمية الخلفية .

الورم المخاطي الدسامي

يمكن أن يحدث في كل من الدسام التاجي أو مثلث الشرف أو الرئوي . وقد وجد أن الدسام مثلث الشرف هو المكان الأكثر شيوعا لنشوء الأورام المخاطية يتلوه الدسام التاجي ثم الدسام الرئوي .
وقد وضعت أول حالة لورم مخاطي يصيب الدسام التاجي كبؤرة أولية في عام 1979 م (ساندراساكر وزملاؤه).

التظاهرات السريرية ومعايير التشخيص :

يمكن للأورام المخاطية أن تسبب :

- 1- أعراض اضطراب هيموديناميكي ناجم عن إعاقة الجريان الدموي ضمن حجرات القلب أو عن تشوه الدسامات .
- 2- أعراض مرافقة لحصول الانصمام .
- 3- أعراض بنيوية ، وهي أقل التظاهرات شيوعا ، وفي حالات نادرة يصاب الورم المخاطي بالانتان .
ومن جهة أخرى فإن الانصمام الورمي للجملة العصبية المركزية يعد ترافقا ملازما للورم المخاطي .

الاضطراب الهيموديناميكي :

يحدث بسبب إعاقة العود الوريدي الجهازي أو الرئوي ، أو عن خلل في الجريان عبر الدسامات الأذينية أو البطينية، ويحدث ذلك تدريجيا وينجم عن هذه الإعاقة المتقطعة الغشي وعلاقته بالتبول ووضعية المريض أو الموت المفاجئ .

وتشاهد هذه العلامات في ربع المرضى مع ورم مخاطي في الأذينة اليسرى ، وفي ثلث المرضى في الأذينة اليمنى أو البطين الأيمن ، ونصف المرضى مع توضع في البطين الأيسر . كما يمكن ان يحدث قصور في الدسام التاجي الذي قد يحدث عن تلف بنيوي للدسام بسبب الارتطام المتكرر .

الانصمام :

يعتبر مظهرا بارزا ، وتنتشأ الصمات من تجزؤ الورم أو من انفصال كامل للورم أو من الخثرات الدموية أو البؤر الانتانية المتشكلة على الورم المخاطي .

وتشاهد الصمات الجهازية في 30-45% في التوضع في الأذينة اليسرى ، ويمكن أن تصيب الصمات أي عضو في جسم الانسان (الشرايين الرئوية ، المساريقية ، الشبكية ، الحرقفية ،...الخ) أظهرت دراسة أجريت في مايوكلينك على 40 مريضا أن 25 % من المرضى يعانون من أعراض عصبية عند التشخيص .

تصيب 50 % من الصمات الشرايين داخل القحف ، ويعتبر الشريان المخي المتوسط أكثر عرضة للإصابة .
ينجم عن الصمات الدماغية عجز عصبي كبير ودائم ، وبشكل نادر قد تكون قابلة للاستئصال .
تشكل نسبة حدوث الصمات في التوضع في البطن الأيسر 64% بالرغم من ندرة حدوثه ، وهي فيما يبدو غير مرتبطة بحجم الورم ، وقد وجد أن الأورام المخاطية للأذينة اليسرى تميل لأن تكون صغيرة عند حدوث الانصمام .
يحدث الانصمام بنسبة 10% في أورام الأذينة اليمنى ، ويمكن أن يتسبب بحصول انسداد رئوي كتلي مميت ويمكن للصمات المتعددة والناجمة عن إصابة الجزء الأيمن من القلب أن تسبب ارتفاع في التوتر الرئوي .
أما الانصمام العجائبي فهو نادر الحدوث .

التظاهرات البنيوية :

تشاهد في 30 % ، وتشاهد بشكل أكبر في أورام الأذينة اليسرى الكبيرة وتتضمن :

- * الحمى
- * خسارة الوزن
- * تقطر الأصابع
- * ظاهرة رينو
- * آلام عضلية .

وقد يشاهد وجود احمرار الدم (مع أو بدون نقص أكسجة شريانية مرافق) ، يحدث فقر الدم الانحلالي في ثلث الحالات وخاصة في الأورام المتكلسة ، وهي تعزى على الأرجح لتكسر عناصر الدم الميكانيكي ، وهذه الظاهرة عكوسة عند استئصال الورم .

نشر هيرانو وزملاؤه أبحاث تثبت أن الورم المخاطي ينتج (انترلوكين 6) الذي قد يعتبر سببا محتملا للتظاهرات الالتهابية والمناعية عند هؤلاء المرضى .

كما أن بعض الدراسات أعتبرت الإنتاج المفرط للانترلوكين 6 يمكن أن يلعب دورا محتملا كواسم ورمي للنكس.

الورم المخاطي العائلي مقابل غير العائلي

إن كل الأورام المخاطية الوحيدة تقريبا لها صيغة صبغية طبيعية بالنسبة للحامض النووي الريبسي منقوص الأكسجين (د ن أ) وأن جميعها تقريبا غير عائلية . وهي اضطرابات مرضية تصيب النساء متوسطي الأعمار بشكل رئيسي . تكون الأورام مفردة في 94 % بالعادة ، وفي الأذينة اليسرى عموما (حوالي 75%) وهي نادرة النكس ومن غير الشائع ترافقها بحالات معينة . فقط في حوالي (20% منها تكون هناك صيغة غير طبيعية لل د ن أ) يحدث النوع العائلي للأورام المخاطية في 5 % من المرضى ويكون لها نمط وراثي مندلي مسيطر وهي تصيب الشبان بشكل رئيسي ، وهي أقل شيوعا في الأذينة اليسرى (62%) وتكون غالبا متعددة (32%) وتترافق في 20 % بحالات مرضية غير اعتيادية مثل :

- أورام خلايا سيرتولي .
 - متلازمة كوشينغ .
 - أورام النخامة .
 - التصبغات العدسية الشفوية وفي منتصف الوجه (حطاطات ذات حواف منتظمة تسمى أحيانا التصبغ البقي)
 - أورام مخاطية جلدية .
 - أورام غدية ليفية مخاطية متعددة في الثدي .
- يكون المظهر النسيجي للأورام العائلية هو نفسه للأورام غير العائلية . ويسبب نفس الأعراض غير أنها تميل بشكل قوي للنكس .

أظهرت دراسة سنغولانسغ عام 1996 م 26 حالة ورم مخاطي عائلي عند عائلة مؤلفة من 86 شخص . يتميز الشكل العائلي بإصابته لأماكن غير الأذينة اليسرى تتضمن الأذنين معا والبطينين مع نسبة نكس عالية (10-12 %) مقارنة مع نسبة (4-7 %) في الشكل الفردي غير الوراثي .

تصل سرعة نمو الورم الناكس الوراثي الى 1.8 سم / ثانية وقد تصل الى 5 سم / ثانية .

يشكل الورم المخاطي القلبي العائلي جزءا مما يلي :

- 1- مركب كارنيه : ويتظاهر بوجود :
 - * أورام مخاطية ليفية جلدية .
 - * أورام مخاطية قلبية .
 - * فرط نشاط غدي : كتناذر كوشينغ ناجم عن خلل تتسج بدئي عقدي في قشر الكظر والأورام النخامية .
 - * توازن صبغي جسمي مسيطر .
 - * تشير بعض الدراسات الى الفقد الجيني في الموضع 17 ك2 كمسؤول عن التناذر



2- متلازمة لامب :

وتشمل :

- * نمشات عدسية .
- * ورم مخاطي اذيني .
- * ورم مخاطي جلدي .
- * وحمات زرقاء .

3- متلازمة نيم :

وتشمل سريريا :

* وحمات .

* ورم مخاطي أذيني .

* أورام عصبية ليفية مخاطية .

* نمشات .

الأعراض :-

تسبب أورام الأذينة اليسرى أعراض هيموديناميكية مشابهة لتضيق الصمام التاجي ، مع ملاحظة سيطرة الزلة و نفث الدم . أعراض نوبية قصيرة الأمد وتترافق مع الغشي .
قد تنتهي الأعراض باسترخاء القلب ، كما يمكن أن تتظاهر أورام الاذينة اليمنى بأعراض نوبية .
يمكن لأورام البطين الأيمن أن تعطي أعراضا مشابهة لتضيق مخرج البطين الأيمن وتضيق الرئوي . حيث تعتبر أعراض ضخامة الكبد والحبين والوذمة المحيطة أعراضا شائعة .
يمكن للورم المخاطي في البطين الأيسر أن يعطي أعراضا مشابهة لتضيق الصمام الأبهري أو تضيق تحت الأبهري وتشمل الأعراض الناجمة عن الانصمام : عجوزات عصبية مختلفة ، برودة وألم الأطراف ، خناق الصدر ، زلة تنفسية (انصمام رئوي) .

العلامات :-

يمكن أن يشخص مباشرة في حالة الصمات بالفحص النسيجي .
يلحظ بالأصغاء : اشتداد الصوت الأول ، يمكن أن يسبق بصوت قذفي عال ناجم عن دفع الورم القسري من الأذينة الى البطين . انقسام الصوت الثاني من انخفاض شدته متبوعا بصوت ثالث (قصفة الانفتاح) بعد انفتاح الصمام التاجي ناجمة عن ارتطام الورم بجدار القلب .
يسمع في أورام الأذينة اليمنى صوتا انقباضيا باكرا وعالي يعتبر انقساما للصوت الأول ناجم عن دفع الورم الى البطين الأيمن . على نحو نادر فإن المرضى الذين يأتون بأعراض بنيوية يبدون زرقة وتبقرط أصابع اليدين والقدمين ونظما جيبيا وتسرعاً جيبيا .

الدراسة المخبرية :-

تكون عادة طبيعية وقد يلاحظ في بعض الحالات : نقص في الصفائح ، مع موجودات مرافقة لاستجابة مناعية .

تخطيط القلب الكهربائي :-

يلحظ تبدلات غير نوعية ، كاضطراب النظم والنقل ، وخاصة الرجفان الأذيني وحصار الغسن ، علامات ضخامة القلب . P غير طبيعية

صورة الصدر الشعاعية البسيطة :-

يلاحظ تبدلات غير نوعية : ضخامة قلب معممة ، توسع إحدى الحجرات ، علامات ارتفاع توتر رئوي ، أحيانا في حالة تكلس الورم يلاحظ كثافة ضمن ظل القلب ويلاحظ غالبا في أورام الأذينة اليمنى ، لكن بشكل عام تكون الصورة طبيعية .

الايكو :-

يعتبر الاختبار الأكثر فائدة في التشخيص . وتصل حساسيته الى 100% .
يسمح الايكو عبر الصدر بالتفريق بين الورم المخاطي في لسينة الأذينة اليسرى والخثرة .
ويعتبر الايكو عبر المريء هو الأدق في التفريق بين الورم والخثرة .
ويسمح بتقييم الجدار الخلفي للأذينة اليسرى والحاجز الأذيني والأذينة اليمنى التي لاتكون واضحة غالبا بالايكو عبر الصدر .

كما يؤكد الايكو عبر المريء المجرى في غرفة العمليات نجاح استئصال الورم .

**القطرة القلبية والتصوير الوعائي الظليل :-**

يجرى تصوير الشرايين الاكليلية في المرضى الأكبر من 40 سنة لاستبعاد الاصابة الاكليلية وحيث يكون ليس لديهم استنطاب آخر قلبي للجراحة . لم يعد هذا الاستقصاء وسيلة مفضلة مالم توجد أعراض اكليلية مرافقة تستدعي التقييم وفي حالة الحاجة لاجراء دراسة غازية عند الاشتباه بوجود ورم مخاطي في الأذينة اليسرى تتم الدراسة بشكل انتقائي للقلب الأيمن عن طريق حقن مادة ظليلة في الشريان الرئوي وأخذ صور متتابعة أثناء مرور المادة الظليلة عبر الأذينة اليسرى حيث يظهر الورم بشكل واضح ، بينما التصوير الانتقائي للبطين الأيسر غالبا ما يفشل في تحديد الورم .

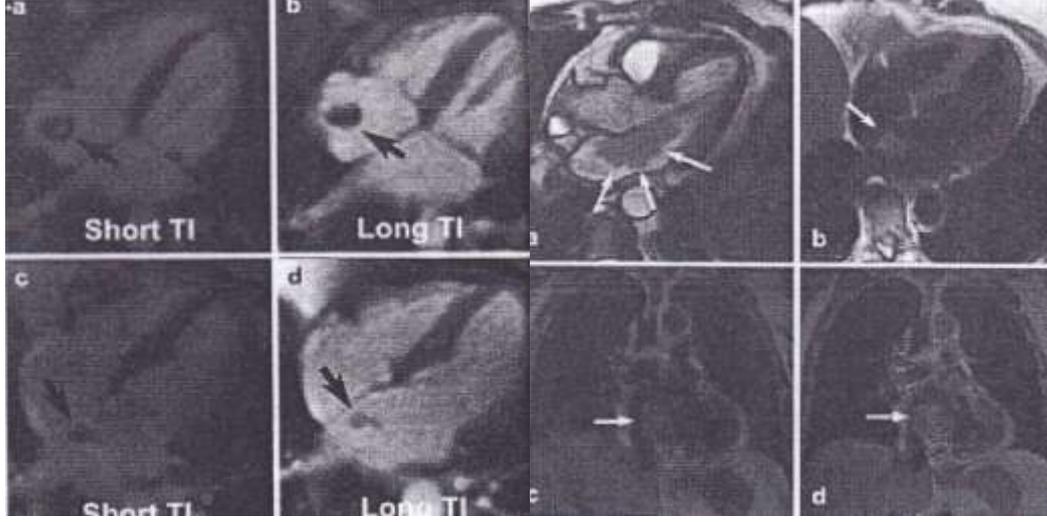
أما بالنسبة لأورام في الأذينة اليمنى يعتبر وضع القطار في الأذينة اليمنى مضاد استنطاب ، وفي هذه الحالة يتم الحقن في أحد الأجوفين .

يمكن في بعض الأحيان أن تظهر نوعية خاصة للورم بفرع مستقل ناشئ من الاكليلي الأيمن . ويمكن في حالة الأورام متعددة البؤر أن ينشأ نوعين من المنعكس او الأمامي النازل أو من كليهما معا .

التصوير الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي :-

يشخص الطبقي المحوري الورم وهو فعال في تشخيص الأورام القلبية الخبيثة حيث يظهر غزو الورم والانتقالات للبنى الملاصقة وهو فعال في تقييم الكتل البطينية. كما يسمح الرنين المغناطيسي بالتفريق بين الأورام المخاطية والخثرات. ويعطي صورة واضحة عن حجم وشكل وسطح الورم .

يمكن للطبقي المحوري والرنين كشف الأورام بحجم أصغر من 0.5-1 سم . لكن لا حاجة لهذين الاجرائين اذا وضع التشخيص بالايكو الا في حالة امتداد الورم المخاطي لأحد الأجوفين أو عبر الدسام مثلث الشرف.

**السير المرضي :-**

يحدث الورم عند البالغين وهو أكثر شيوعاً عند النساء (2-3 مرات مقارنة مع الرجال) وهي نادرة عند الأطفال ، ولم توصف عند الرضع بعد.

نسبة حدوث الورم بحسب ماكجاون وزملاؤه هي 0.5 لكل مليون نسمة بالسنة . هي أورام حميدة عادة ونادراً ماتعطي نقائل . ويمكن للنقائل أن تحدث رغم المظاهر العيانية أو المجهرية الحميدة لكنها نادرة .

عند ظهور الأعراض فإن الموت يحدث في غضون 1-2 سنة من بدأ ظهورها.

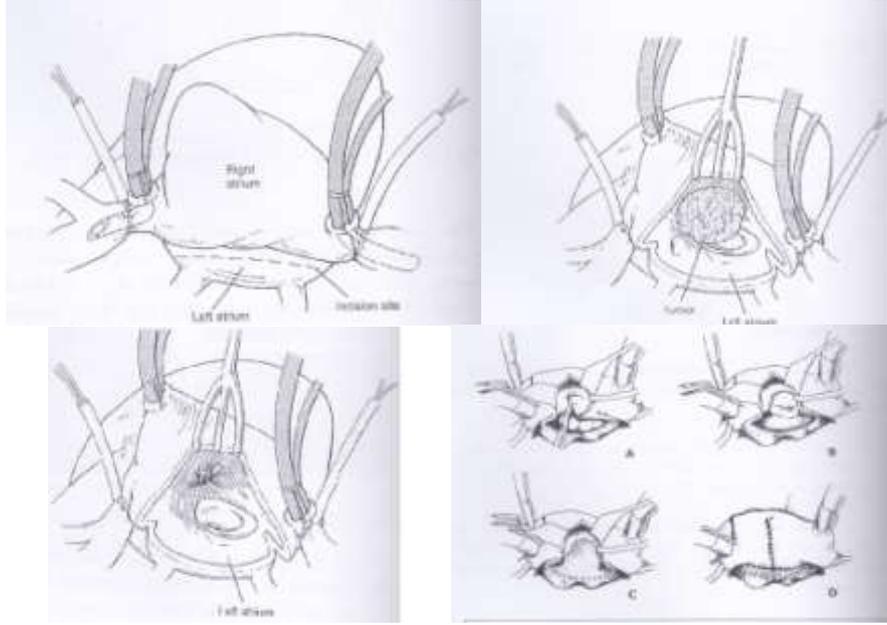
تكنيك العمل الجراحي :-

يجب أن يكون التوجه العام لدى الجراح هو استئصال الأورام الوحيدة غير العائلية في الأذينة اليسرى لدى المرضى أكبر من 50 سنة .

ويجب في الشكل العائلي عند المرضى الأصغر سناً أن يكون العلاج بشكل هجومي .

تتم الجراحة بشكل كلاسيكي باستخدام دائرة القلب والرئة الصناعية عبر الشق الناصف للقص .

دائماً توضع القنيتات في الوريدين الأجوفين بشكل روتيني ولا تستخدم قنية التنفيس في الأذينة اليسرى .



أورام الأذينة اليسرى :-

تكون المقاربة ثنائية الجانب في الأذينات من أجل الكشف البدئي والتوجه ، يجرى الشق الاعتيادي في الأذينة اليسرى خلف الأخدود بين الأذينتين ، يزال الدم من الأذينة بواسطة ممص ذو سحب عالي وي طرح خارجا ، حتى لا تعود أي صمات ورمية محتملة الى الدارة الصناعية ، تحدد نقطة اتصال الورم بالأذينة عيانيا وبواسطة اصبع السبابة وبافتراض أن الورم ملتصق بالأذينة (الحالة المعتادة) عندئذ لا يزال الورم من خلال شق على الأذينة اليسرى ، بل يتم إجراء فتح الأذينة اليمنى بشق مائل وبفحص جوف الأذينة بحثا عن ورم آخر فيها . ويتم أيضا فحص البطين الأيمن عبر الدسام مثلث الشرف .

يفتح الحاجز الأذيني بالسكين قرب الحفرة البيضية وبواسطة تحسس الورم بالاصبع في الاذينة اليسرى كدليل لتحسس الورم يتم استئصال جزء كاف من الحجاب الأذيني يشمل ارتكاز الورم ، واذا أمكن استئصال جزء كاف من الحجاب الأذيني ليشمل ناحية الورم مع استئصال جزء غير مصاب من النسيج المحيط بالورم حتى مسافة 5 ملم اذا أمكن . كذلك اذا أمكن يتم استئصال النصف العلوي من الحفرة البيضية والجوف المجاور لأن الخلايا التي يعتقد بأنها طليعة الورم المخاطي تكون أكثر وفرة في هذه الناحية بعد ذلك يزال الورم من القلب عبر أحد شقي الأذينتين وذلك حسب حجم الورم وكبر الشق . يتم استئصال الأورام كبيرة الحجم بشكل مجزء (قطعة قطعة) مع الحرص الكبير على استئصال الورم سليما وتجنب الانصمام الورمي .

يتم غسيل جوف الأذينة اليسرى بعد استئصال الورم بغزارة باستخدام المحلول الملحي لازالة أية أجزاء ورمية متبقية .

تغلق الفتحة المحدثة في الحجاب الأذيني إما بالخياطة المباشرة أو باستخدام رقعة .

اذا كان الورم متصلا بالجدار الاذيني يتم استئصال منطقة الارتكاز بشكل كامل السماكة وفي حالة التعذر يستأصل الشغاف مع جزء من العضلات المتوضعة تحت الشغاف وتغلق عادة الفتحة في الجدار الأذيني بالخياطة المباشرة .

المقلوبة في حالة الورم الكبير في الأذينة اليسرى T. يمكن للجوء الى الشق

حيث يجرى شق أفقي في الأذينة اليسرى أمام الوريد الرئوي العلوي الأيمن ، ثم يجرى شق ثاني عمودي في الأذينة اليمنى يبدأ بنقطة تبعد 3-4سم عن الثلم الأذينيالبطيني باتجاه الأخدود النهائي ويتصل بالشق المجري في الأذينة اليسرى . ثم يتم تمديد الشق نحو الحجاب بين الأذنتين حتى نقطة تبعد حوالي 5 ملم عن سويقة الورم المخاطي الذي يتم استئصاله مع هامش واسع من الأنسجة حول قاعدته .

من ميزات هذا الشق أنه يوفر :

- 1- تحكم أفضل باستئصال الورم .
- 2- كشف ممتاز للدسام التاجي .
- 3- إمكانية فحص الحجرات الأربعة للقلب .

الورم المخاطي في الأذينة اليمنى :-

لا يجرى الشق في كلا الأذنتين الا اذا كان هناك دليل على وجود ورم آخر في الأذينة اليسرى قابل للجراحة . يتم فتح الأذينة اليمنى بالشق المائل المعتاد وبعد تحديد ارتكاز الورم يستأصلا لجزء المجاور من الحجاب الأذيني بنفس الطريقة السابقة .

يتم بعدها استئصال الأذينة اليسرى عبر الفتحة المحدثة في الحجاب .

تغلق الفتحة في الحجاب إما بالخياطة المباشرة أو بالرقعة .

الأورام المخاطية الأخرى :-

لا يتطلب استئصال الأورام المخاطية البطينية بضع كامل سماكة جدار البطين لأن مثل هذا الاجراء يزيد

الخطورة ، فضلا عن أنه لم تسجل حالات نكس عقب الاستئصال الأقل جذرية .

تستأصل الأورام الواقعة في مخرج البطين الأيسر أحيانا عبر شق باضع للأبهر ، ماعدا ذلك تكون المقاربة

عبر الأذينة اليمنى لأورام البطين الأيمن وعبر الأذينة اليسرى لأورام البطين الأيسر .

إذا كانت المقاربة (عبر الأذينة) غير كافية لاستئصال الورم ، عندئذ يتم فتح البطين بشكل مباشر ويجب

استقصاء اجواف الأذنتين لنفي وجود أورام اذينية إضافية والتي يمكن أن توجد في 15 % من المرضى المصابين بأورام مخاطية بطينية يمنى .

إذا كان الورم ناشئ من الدسام الأذينيالبطيني يتم تبديل الدسام ، وفي حالة توسع حلقة الدسام يتم تضيقها

لتصحيح القصور .

الاستنتاجات والتوصيات:

البقيا :-

الوفيات الباكرة (في المشفى) : تقدر نسبة الوفيات بحدود 5 % وفي الحقيقة فإن مجمل الوفيات تكون عند

المرضى الذين يعانون من عجز متقدم أو عند المسنين ، ويكون نمط الوفاة مرتبطا بالمرض القلبي أو النكس المرافق وليس بالورم المخاطي الأذيني .

هذا ونشاهد المخاطر الباكرة بنسبة أعلى بعد استئصال الأورام من الأجواف البطينية.

البقيا بحسب الفترة الزمنية : إن حدوث الموت بعد التخريج من المشفى غير شائع ، حيث أن نكس الورم قد يؤدي الى اختلاطات مميتة وتتجم معظم الوفيات عن أسباب لا علاقة لها بالورم المخاطي القلبي . كانت النتائج طويلة الأمد ممتازة في الأورام غير العائلية كما أنها جيدة في الأورام العائلية ، لكنها أسوأ من غير العائلية .

يمكن أن يكون الموت المتأخر أكثر شيوعا عند وجود تبادل دسام مرافق لاستئصال الورم وذلك بسبب الاختلاطات المتعلقة بالصمام الصناعي .

النكس :-

أسباب النكس :

- 1- انتشار الورم اثناء الاستئصال (انزراع خلايا ورمية) .
 - 2- إزالة غير تامة للورم .
 - 3- نمو الورم من بؤرة جديدة .
 - 4- الأورام المخاطية العائلية .
- يشكل النكس 1-3% في الأورام الفردية ويرتفع الى 30-75% في الأشكال العائلية .

اضطراب النظم بعد الجراحة :

تعد اضطرابات النظم الأذينية شائعة بعد استئصال الورم الأذيني كما تم تسجيل بعض حالات من اضطراب النقل ويمكن عزوها الى عدم القدرة على تحديد معالم حدود الاستئصال الجراحي لمناطق آمنة من الحجاب أو الجدار الأذيني .

الآفات الوعائية المتأخرة بعد استئصال الورم المخاطي القلبي :

ذكرت أعراض عصبية متأخرة ذات صلة بالانصمام المخاطي للشرايين المخية . كما ذكرت تشكل أمهات دم مغزلية وكيسية ويمكن لهذه الأمهات أن تتمزق .

الحالة الوظيفية :

يكون المرضى بعد الجراحة في حالة عامة جيدة مالم يكونوا مصابين بحالات مرضية أخرى أو يعانون من عقابيل تعود للحدث الصمي قبل الجراحة .

استطببات الجراحة :

يستطب الاستئصال الجراحي حالما يتم وضع التشخيص ، حيث كانت تعتبر الجراحة سابقا ملحة وخاصة في المرضى مع قصة انصمام أو إغماء ، حيث تم ملاحظة أن 8-10% من المرضى قد توفوا بسبب اختلاطات صمية أثناء فترة الانتظار للجراحة .

ولكن حديثا أكدت الدراسات بأن الجراحة الانتقائية (مقارنة بالاسعافية) لم ينجم عنها نسبة وفيات أو مرضة أكبر .

المراجع

- 1- Lie JT : The identity and histogenesis of cardiac myxomas ; a controversy put to rest .Arch Pathol Lab Med 1989;113:724..
- 2– Pinede L , Duhaut P , Loire R , Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma : a series of 112 consecutive cases Medicine 2001;80;159 .
- 3 - MinwookYoo , Dion F Graybeal : An echocardiographic-confirmed case of atrial myxoma causing cerebral embolic ischemic stroke.Cases Journal 2008.1.96.
- 4– MT Walker .RK Kilani : Central and peripheral fusiform aneurysms six years after left atrial myxoma resection . J Neurosurg Psychiatry 2003.74.277-282 .
- 5– Gerbode F , Kerth WJ, Hill JD : surgical management of tumors of the left heart surgery 1967.61.94
- 6– Giuseppe D , Luigi M .Large left atrial myxoma with severe mitral regurgitation . tex heart inst J 2006;33;51-3 .
- 7– Bockeria LA , Skopinll . ICVTS on-line discussion A the results of cardiac myxoma surgery .DOI : 10.1510/ Interact Cardiovascthoracsurg 2007:6:479-483 .
- 8– Centofani P < Di rosa E . Primary cardiac tumors : early and late results of surgical treatment in 91 patients .Ann Thoracsurg 1999:68:1236-41 .