

Catedra de anatomie patologică (cond.: conf. Fr. Gyergyay, candidat în științe medicale)
și Clinica medicală II. din Tirgu-Mureș (cond.: prof. A. Horváth)

UN CAZ DE MIXOM CARDIAC IMITIND SIMPTOMELE BOLII MITRALE

B. Pálffy, J. Lukácsi

Tumorile primare ale cordului sînt relativ rare. *Strauss* și *Merliss*, trecînd în revistă peste 480.000 de protocoale de autopsie au găsit tumori cardiace primare într-un procent de 0,0017%. Mixoamele reprezintă aproape jumătate din numărul total al acestor tumori. *Berainskaia* și *Vuhurkina* au găsit în materialul lor necrotic mixoame cardiace într-o proporție de 0,03%. Datele lui *Yater*, *Mead* și *Limburger* sînt în concordanță cu aceste relatări. În materialul de 17 ani al institutului nostru figurează două cazuri (0,023%).

Patogenia mixoamelor a fost mult timp discutată. O parte din cercetători le contestă caracterul tumoral, considerându-le trombi cu degenerare mucoidă secundară. Diferențierea macroscopică întîmpină de cele mai multe ori numeroase dificultăți și chiar tabloul histologic poate fi foarte asemănător. Suprafața în ambele cazuri este netedă sau polipoasă, consistentă, friabilă, gelatinosă, conținînd zone hemoragie și necrotice. Histogenetic, mixoamele sînt formate din țesut conjunctiv lax, gelatinos, de origine mezenchima-toasă și conțin o rețea bogată de fibre reticulare și elastice, în ochiurile cărora se găesc celule stelate sau fibroblastice diseminate sau grupate. Cel mai just criteriu pentru diferențierea mixoamelor de trombusuri este considerat astăzi localizarea acestora întrucît mixoamele provin aproape exclusiv din peretele atrial din jurul fosei ovale (mai frecvent din partea stîngă), iar trombii sînt localizați în majoritatea cazurilor în auricule sau la marginea valvulelor și aderă în general de un endocard lezat în prealabil. După cea mai nouă concepție, mixoamele sînt considerate cu niște fibro-endoteliioame provenite din țesutul conjunctiv subendocardic, iar degenerarea mucoidă survine în mod secundar și este consecința contactului direct cu curentul sanguin. Se confirmă această teorie prin faptul că degenerarea mucoidă este mai pronunțată la suprafața și în porțiunea pediculară, deci tocmai în acele zone, unde efectul mecanic se exercită mai intens.

Simptomele clinice sînt în funcție de mărimea și localizarea tumorii, caracterizîndu-se hemodinamic printr-o diferență de golire a atriilor. Aceasta se explică prin faptul că în cursul creșterii tumoarea se propagă în ostiul atrio-ventricular, uneori invadînd chiar în cavitatea ventriculară și astfel imită tabloul clinic al stenozei mitrale (semne steta-custice caracteristice: stază pulmonară, hemoptizic, etc.). După Adams, 90% din tumorile atriale intracavitare clinic sînt considerate ca stenoze mitrale reumatice. Cercetările făcute de *Differdings* arată că din 36 cazuri de tumori intraatriale operate cu succes la diferite spitale de chirurgie cardiacă, diagnosticul de internare a fost în 16 cazuri stenoză mitrală, în 2 cazuri insuficiență mitrală și în 2 cazuri insuficiență tricuspida. În cazul cînd tumoarea crește în sens retrograd, provocînd tulburarea diastolei atriale, se ivește suspiciunea unei compresiuni a venei cave, a unei pericardite constrictive sau a unui proces de obstrucție pulmonară. De pe suprafața polipoasă a tumorii se pot desprinde cu ușurință particule embolizante, care în prezența simptomelor amintite ne fac să bănuim o endocardită bacteriană. Simptomatologia se complică deseori cu o stare febrilă și cu accelerarea VSH, ceea ce se explică probabil prin procesul de dezvoltare a tumorii, întrucît au fost observate și în perioadele neinfarctice. Se cunosc mai multe cazuri în care diagnosticul mixomului cardiac s-a stabilit pe baza examenului histopatologic al emboliilor periferice. (*Hoffmann* 1941, *Brown* 1946). În lucrarea publicată de *Ringertz*, găsim pentru prima dată o descriere histopatologică detaliată a emboliilor mixomatoase. Din statistica relatată de acest autor reiese că din 17 cazuri de mixoame cardiace 14 s-au complicat cu embolii și dintre acestea în 5 cazuri trombul a fost format din țesut tumoral.

În simptomatologia bolii cele mai caracteristice semne sînt crizele survenite în urma schimbării de poziție corporală, care uneori pot provoca moarte subită prin sincopă. În evoluția bolii sînt frapante alternările unor perioade aproape asimptomatice cu altele alarmante, apărute brusc și independent de eforturile fizice. Unii consideră drept patognomonică schimbarea semnelor steta-custice în funcție de poziția bolnavului. *Aldrige* însă, examinînd 35 de cazuri, nu a găsit acest semn decît în 2. Evoluția mixomului cardiac este mult mai rapidă decît a bolii mitrale reumatice sau a maladiilor congenitale cardiace. Simptomele sînt aproape neinfluențabile prin cardiotonice, iar remisiunile se datoresc mai mult schimbării de poziție a tumorii. Lipsa acceselor reumatice din anamneză ne poate furniza anumite elemente de orientare, deși valoarea acestora este în general greșit de apreciat. Sînt cunoscute 2 cazuri în care s-a semnalat prezența concomitentă a

mixomului cu o cardiopatie reumatismală (*Dexter și Work, 1941, Anderson și Dmytryck 1946*). Electrocardiograma nu ne oferă semne caracteristice. Radioscopic se pune eventual în evidență o umbră la nivelul atrului, îndeosebi în cazul depunerii sărurilor de calciu. După *Van Buchern* pulsația sincronă a esofagului cu ventriculele inimii observate la nivelul atrilor poate fi suspectă pentru o tumoră atrială.

Introducerea angiocardiografiei a deschis noi perspective în diagnosticul mixomelor cardiace. *Allison și Susman* susțin că aceste tumori nu au putut fi decelate in vivo înainte de 1949. De atunci cca. 20% a cazurilor operate au fost identificate angiocardiografic și această proporție corespunde aproximativ cazurilor diagnosticate preoperator. Examenul angiocardiografic ne oferă posibilitatea de a diferenția mixomele de trombi, pe baza localizării și conturului lipsei de umplere.

Prezentarea cazului.

În anamneza bolnavei S. A. agricultoare, în etate de 53 de ani figurează 9 nașteri necomplicate. Boala a debutat cu un an în urmă; anterior capacitatea de muncă a fost păstrată. Simptomele decompensării cardiace evoluează rapid, în decurs de un an, implicate cu stări repetate de colaps. Semnele clinice ca: edeme extinse, cord bovin de configurație mitrală, șgomotul I accentuat, șufiu sistolic diastolic la bază, șgomotul pulmonar II accentuat, ficat mărit cu marginea ascuțită, ascită, stază pulmonară-pledază pentru o boală mitrală în stare decompensată și ciroză cardiacă. Luându-se în considerare starea febrilă, VSH accelerată (50—130 mm), hiperamaglobulinemia (29,5%), albuminuria, valoarea sub limită a titrului ASLO (160 U), în ciuda hemoculturii negative pare îndreptățită suspiciunea asocierii unei endocardite bacteriene subacute. Tratamentul cardi tonic nu a dat aproape nici un rezultat. Moartea a survenit în mod brusc, în urma unei schimbări de poziție corporală, printr-un sindrom Adams-Stokes.

Tabloul clinic a corespuns deci unei boli mitrale tipice; totuși a fost neobișnuită apariția tardivă a simptomelor față de vârsta bolnavei, anamneza relativ scurtă, pierderile repetate de cunoștință precum și evoluția rapidă neinfluențabilă prin cardiotonice.

La autopsie (nr. 593/1961) găsim edeme extinse, venele jugulare externe ectaziate. Greutatea inimii de 340 g, cavitățile ei extrem de dilatate. Pe septul interatrial gaura ovală deschisă având un diametru de 3 cm. La nivelul atrului stâng, pe marginea posterioară a fosei ovale, se află o formațiune tumorală, pediculată, de mărimea unui pumn bărbătesc, cu suprafața polipoasă, de consistență gelatinoasă, roșie brună, care umple întreaga cavitate atrială și invadează prin cea mitrală în ventriculul stâng. Histologic porțiunea marginală a tumorii este formată dintr-o substanță mucoidă, în care sînt dispuse celule mixoide diseminate, benzi de celule endoteliale, grupuri de celule rotunde, capilare largi umplute cu hematii și vacuole de diferite mărimi. În partea centrală se găsește zone necrotice. (Rezultatele examinărilor histologice și histochemice au fost relatate într-o altă lucrare). Valvulele inimii sînt intacte, și în ambele auricule se găsesc trombi stratificați, organizați. Splina și rinichiul drept conțin infarcte anemice cicatrizate. Plămîinii și ficatul prezintă semnele unei staze avansate.

În consecință insuficiența circulatorie a fost declanșată de un mixom cardiac, situat în atrul stîng, care s-a manifestat clinic prin simptomele unei boli mitrale. Moartea a fost cauzată de suspendarea circulației în urma obturării ostiului atrio-ventricular.

Importanța mixomelor intracavitare a crescut mult în ultimul deceniu, datorită progreselor realizate în domeniul chirurgiei cardiace. Metodele moderne de explorare (și în primul rînd utilizarea pe scară mai largă a angiocardiografiei), oferă posibilitatea ca aceste tumori să fie decelate preoperatoriv și rezolvate chirurgical.

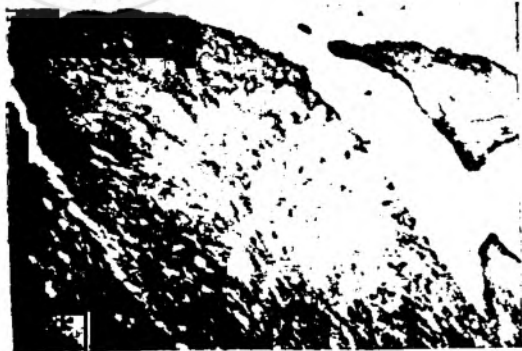
Sosit la redacție: 31 ianuarie 1963.

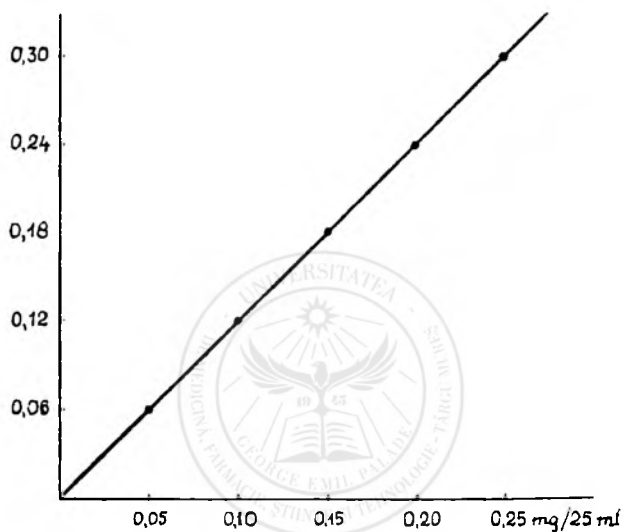


Fig. nr. 1



Fig. nr. 2





Grăful nr. 1.

Bibliografia

1. ABRİKOSOV A. I.: Curs de anatomie patologică, Buc. Ed. Med. (1949);
2. BEELER, E., LUTHY E., UEHLINGER A.: Schweiz. Med. Wschr. (1961), 49, 1475;
3. BERINSKAIA A. N., VAHURKINĂ A. M.: Voprosi ostroi vnutrenni kliniki M. (1949): 105;
4. DERRA VON; LOOGEN F., FAHMY A. R.: Dtsche Med. Wschr. (1959), 84, 8, 308—311, 341—343;
5. LYMBURER R.: CANAD. M. A. I. (1934), 30, 368;
6. MAHAIM I.: Les tumeurs et les polypes de cœur. Paris (1945);
7. MAISIN I., PETERES: Ann. d'Anat. Pathol. (1959), 4, 1, 109—128;
8. Mead D. H.: I. Thorac. Surg. (1932), 2, 87;
9. ORMOS J. Orv. Hetil. (1960), 101, 45, 1602—1608;
10. PALFFY B.: Comunicare susținută la ședința din 8 iunie 1962 a Secției de morfologie U.S.S.M. filiala Tîrgu-Mureș;
11. PERMIKOV K.: Kliniceskaia Medicina (1961), 5, 144;
12. STRAUSS, MERLISS: cit.: BEELER;
13. VECSEI A., BIRO Z.: Zblatt f. allg. Path. (1958), 98, 5/6, 253—257;
14. YATER W. M.: Arch. Int. Med. (1931), 48, 627;
15. HOFFMANN, BROWN, DEXTER, TEODORESCU P. și colab.: Medicina Internă (1962), 11, 1357—63;
16. MAROS T.: Revista Medicală (1962), 4, 501.